

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925. — N° 24

Les Troubles de Fonctionnement du Corps Thyroïde

CHEZ LE TUBERCULEUX

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 17 Décembre 1924

PAR

Pierre-Élie LAHILLONNE

Médecin de 2^e classe de la Marine.

Né à Toulouse (Haute-Garonne), le 16 Novembre 1897

Examinateurs de la Thèse	{	MM. CARLES, professeur, <i>Président</i> . LANDE, professeur. FAUGÈRE, agrégé. BONNIN, agrégé.	}	<i>Juges.</i>
--------------------------	---	---	---	---------------

BORDEAUX

Imprimerie L. DELBREL, Rue Condillac, 20

1924

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

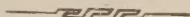
Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 17 Décembre 1924.

PAR

Pierre-Élie LAHILLONNE

Médecin de 2^e classe de la Marine.

Né à Toulouse (Haute-Garonne), le 16 Novembre 1897





Digitized by the Internet Archive
in 2026

1924-1925. — N° 24

Les Troubles de Fonctionnement du Corps Thyroïde

CHEZ LE TUBERCULEUX

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 17 Décembre 1924

PAR

Pierre-Élie LAHILLONNE

Médecin de 2^e classe de la Marine.

Né à Toulouse (Haute-Garonne), le 16 Novembre 1897

Examineurs de la Thèse

MM. CARLES, professeur, *Président*.
LANDE, professeur.
FAUGÈRE, agrégé.
BONNIN, agrégé.

} *Juges.*

BORDEAUX

Imprimerie L. DELBREL, Rue Condillac, 20

1924

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON, VILLAR

PROFESSEURS :

MM.		MM.
Clinique médicale..	VERGER.	Médecine expérimentale.... FERRÉ.
Clinique chirurgicale....	CASSAËT.	Clinique ophtalmologique..... LAGRANGE.
Pathologie et thérapeutique générales..	CHAVANNAZ.	Clinique chirurgicale, infantile Orthopédie..... N.
Clinique d'accouchements..	BÉGOUIN.	Clinique gynécologique..... GUYOT.
Anatomie pathologique et microscope clinique.....	CRUCHET.	Clinique médicale des maladies des enfants..... MOUSSOUS.
Anatomie.....	RIVIÈRE.	Chimie biologique et médicale.. DENIGES.
Anatomie générale et histologie.....	SABRAZÈS.	Physique pharmaceutique.... SIGALAS.
Physiologie.....	PICQUEL.	Médec. coloniale et clinique des maladies exotiques..... LE DANTEC.
Hygiène.....	G. DUBREUIL.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..... W DUBREUILH.
Médecine légale et déontologie.	PACHON.	Pathologie externe et Chirurgie opérat. et expérimentale... N.
Physique biologique et clinique d'électricité médicale....	AUCHÈ.	Clinique des maladies nerveuses et mentales..... ABADIE.
Chimie.....	LANDE.	Clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie MOURE.
Botanique et matière médicale	BERGONIE.	Toxicologie et hygiène appliquée BARTHE.
Pharmacie.....	CHELLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..... SELLIER.
Zoologie et parasitologie..	BEILLE.	
	DUPOUY.	
	MANDOUL.	

PRINCETEAU (Anatomie) — LABAT (Pharmacie)

CARLES (Thérapeutique et pharmacologie) — PETGES (Vénéréologie)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale... MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales... PERRENS.
Anatomie pathologique....	MURATET.	Chirurgie générale... ROCHER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	DUVERGEY.
Physique biologique et médicale.	N...	PAPIN.
Chimie biologique et médicale...	RÉCHOU.	Obstétrique..... PERY.
	N.	FAUGERE.
	MAURIAC.	Ophtalmologie..... TEULIÈRES.
	LEURET.	Oto-Rhino-Laryngologie. PORTMANN.
Médecine générale....	DUPERIÉ.	Pharmacie..... GOLSE.
	CREYX.	

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Clinique dentaire.....	MM. CAVALIÉ
Médecine opératoire.....	PAPIN.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Accouchements.....	FAUGERE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.
Puériculture.....	ANDÉRODIAS.
Démonstrations et préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Chimie pharmaceutique.....	GOLSE.
Chimie minérale.....	N.
Hygiène appliquée.....	N.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail,	
les mutilés de guerre et les infirmes.....	ROCHER.
Cours compl. annexe.— Prothèse et rééducation professionnelle	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE,
LE DOCTEUR LAHILLONNE (de Pau).

A MON GRAND-PÈRE, LE DOCTEUR CLOS.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

Comme un trop faible témoignage de mon
affectueuse et profonde reconnaissance.

A MES FRÈRES.

A MES PARENTS ET AMIS.

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HÔPITAUX DE TOULOUSE
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HÔPITAUX DE BORDEAUX

A MES MAÎTRES DE LA MARINE
ÉCOLE ANNEXE DE ROCHEFORT
ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES COLONIES.

A MES CAMARADES DE L'ÉCOLE DE SANTÉ NAVALE.

A MES CAMARADES DU 10^e RÉGIMENT DE DRAGONS.

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BARTHELEMY

*Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies.*

Commandeur de la Légion d'Honneur.

Officier de l'Instruction Publique.

A MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL BROCHET

*Sous-Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies.*

Chevalier de la Légion d'Honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CASSAËT

*Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine
de Bordeaux.*

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Officier de l'Instruction Publique.

Respectueux hommage.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. CARLES

Chargé du Cours de Thérapeutique et Pharmacologie.

Médecin des Hôpitaux.

Officier de l'Instruction Publique.

Cher Maître,

Durant tout le cours de nos études dans cette Faculté, vous nous avez sans cesse témoigné la plus grande bienveillance.

Recevez ici, en tête de ce modeste travail que vous avez inspiré, l'hommage de notre profonde reconnaissance.

INTRODUCTION

Avant d'entreprendre ce modeste travail qui marquera d'une façon officielle le terme de nos études médicales, nous voulons remplir un dernier devoir, non des moins agréables, c'est celui de remercier tous nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux.

Notre gratitude va d'abord aux Professeurs de la Faculté de Médecine de Toulouse et de l'Ecole annexe de Médecine Navale de Rochefort qui ont guidé nos premiers pas hésitants dans l'étude de la Médecine.

Nous avons débuté comme stagiaire dans le service de M. le Professeur Carles. Nous garderons un souvenir précieux de son enseignement plein de clarté et de méthode et de sa bienveillante sympathie.

Nous avons eu l'honneur de faire, en troisième année, un stage dans le service de M. le Professeur Cassaët. Nous n'oublierons jamais, ni ses leçons cliniques portant l'empreinte d'une si grande expérience, ni la cordiale amitié qu'il ne cessa de nous témoigner pendant le cours de nos études médicales. Nous le prions de recevoir ici le témoignage sincère de notre respectueuse gratitude.

A tous les Maîtres, enfin, qui nous ont toujours reçu avec bienveillance, nous redisons encore merci.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

La pathologie des glandes endocrines est à l'ordre du jour, et les recherches se poursuivent actuellement autour d'organes qui, d'après les idées médicales admises au début de notre siècle, ne présentaient qu'un intérêt anatomique. Depuis quelques années, les travaux simultanés des physiologistes et des cliniciens ont permis de soulever un coin du voile. Ainsi un certain nombre de problèmes pathologiques, jusque là très mystérieux, se sont éclairés d'un jour nouveau et ont trouvé leur explication.

Parmi ces organes, le corps thyroïde a été le plus étudié et est de ce fait, le mieux connu. Un grand pas a été fait depuis les hypothèses, qui nous semblent antiques, de Rocher ou de Meuli qui attribuaient à la glande un rôle régulateur dans la circulation; de Guyon qui en faisait un diverticule de la circulation céphalique; de Luschka qui, en anatomiste, voyait dans le corps thyroïde un protecteur des organes du cou, ou encore de Robin qui ne lui donnait qu'un rôle mécanique en rapport avec la phonation et la respiration.

Schiff, en 1856, fit la première expérience concluante : il enleva le corps thyroïde d'un chien et décrivit toute une série de phénomènes graves de l'ordre convulsif et paralytique aboutissant à la mort de l'animal. Mais les initiateurs

de la doctrine des sécrétions internes sont Claude Bernard et Brown-Séquard. S'ils ont eu des précurseurs, on peut dire que c'est Claude Bernard qui, en découvrant, en 1865, la fonction glycogénique du foie ouvrit le chapitre de l'endocrinologie.

En 1882 Reverdier et Rocher rattachèrent la cachexie strumiprive, l'idiotie crétinoïde et le myxœdème à des altérations ou à l'absence congénitale du corps thyroïde.

Le problème se trouve donc, à l'heure actuelle, singulièrement éclairci. Les greffes, l'opothérapie ont permis de faire une analyse plus précise du fonctionnement de l'organe, et aussi de lutter avec succès contre les affections jadis incurables dont nous avons fait mention plus haut.

Mais la question se serre de plus en plus, et à côté des grands syndromes thyroïdiens clairement posés et aisément diagnostiqués, il existe une série de signes qui expriment un état du mal de la glande et qui ont été soigneusement recherchés et très étudiés au cours de ces dernières années par de nombreux auteurs. En 1900, Rhibierge et Hertoghe ont décrit le myxœdème fruste et l'hypothyroïdie bénigne chronique. Apert a parlé de l'harmonie qui préside au fonctionnement des diverses glandes à sécrétion interne. En 1905 et au cours des années suivantes, Léopold Lévi et Henri de Rothschild ont mis au point la physio-pathologie du corps thyroïde et signalé que dans un grand nombre de maladies infectieuses on peut trouver de l'hyper ou de l'hypothyroïdie ou bien un état intermédiaire auquel ils ont donné le nom de dysthyroïdie.

Dans ce cas les symptômes du myxœdème fruste et d'un basedowisme atténué sont mélangés et difficilement dissociables.

C'est une défaillance de l'organe et l'importance manifeste de son rôle physiologique accroît l'intérêt des recherches. On en est arrivé à parler de dysthyroïdie familiale et à l'heure actuelle le tempérament thyroïdien est aussi connu que le tempérament arthritique.

CHAPITRE II

Tuberculose et corps Thyroïde.

La thyroïdite aiguë est une chose rare en pathologie. On voit peu de malades ayant, au niveau de leur thyroïde, une tumeur rouge, chaude, douloureuse, tendant à la suppuration et s'accompagnant de phénomènes fébriles et de retentissements marqués sur l'état général. Les livres de pathologie s'étendent davantage sur une thyroïdite secondaire à une infection générale, et que l'on rencontrerait chez des malades atteints de fièvre typhoïde, de variole, de rougeole, de diphtérie, de scarlatine. Dans cette dernière maladie, en particulier, le thyroïde est presque constamment le siège de profondes modifications. Sur treize glandes que Roger et Garnier ont examinées, deux seulement leur ont paru normales. Le thyroïde résiste mieux dans la rougeole; il est très attaqué dans la variole.

Au point de vue clinique, ces malades accusent une douleur assez violente et souvent une gêne dans la déglutition. A la palpation, on constate dans cinquante pour cent des cas environ, selon Roger et Garnier, la présence du signe que Vincent avait décrit dans le rhumatisme articulaire aigu et qui est le suivant : on provoque une très vive douleur quand la tête du sujet étant fléchie, on saisit entre les doigts un lobe thyroïdien. En outre, certains auteurs ont signalé chez ces malades, en même temps que le gonflement

douloureux, de la tachycardie et du tremblement. C'est déjà une ébauche de basedowisme.

En réalité, c'est un épisode local d'une affection générale, et les compresses chaudes suffisent à faire assez rapidement rentrer tout dans l'ordre. Dans la suite, les lésions anatomo-pathologiques, s'il ne s'est pas fait une *restitutio ad integrum*, ne sont pas suffisantes pour faire de ces sujets des hypothyroïdiens.

Les infections à protozoaires affectent particulièrement le corps thyroïde. La syphilis, le paludisme retentissent sur la glande. Mauriac a décrit un « goître syphilitique secondaire ».

Mais c'est surtout à la période tertiaire que l'on rencontre les lésions thyroïdiennes les plus sérieuses. Enfin, les maladies à microbes pyogènes, érysipèles, phlegmons, otites, etc., peuvent déterminer des troubles qui sont en fonction directe de la gravité de l'infection.

Toutes les recherches qui portent sur les réactions du corps thyroïde au cours des divers états pathologiques ci-dessus signalés ont été appuyées d'examen histologiques. Roger et Garnier insistent sur l'augmentation habituelle du poids de la glande, sa coloration jaunâtre et sur le dépôt abondant de la matière colloïde. Cette hypersécrétion est le moyen de défense de l'organe glandulaire.

La tuberculose que nous avons jusqu'ici laissée à dessein de côté atteint également le corps thyroïde, et on s'est efforcé, il y a quelques années, de mettre en lumière les relations qui existent entre cette intoxication et cette glande à sécrétion interne. La thyroïdite bacillaire devait souvent exister, étant inadmissible qu'un organe puissamment irrigué et situé au carrefour aérien n'accueillît pas favorablement le bacille de Koch ou les toxines.

La tuberculose primitive du corps thyroïde est une rareté. Didier, dans sa thèse, en rapporte quelques formes. Bien plus souvent, c'est une localisation secondaire et une trouvaille d'autopsie.

Giraud, dans sa thèse à Lyon en 1908, a bien mis au point la partie histologique, anatomo-pathologique et clinique de la question. Il a montré qu'il y avait une sclérose de la glande et que cette sclérose est d'autant plus intense que la marche de la maladie a été plus longue et que dans les cas à évolution aiguë ou subaiguë, la sclérose est très jeune et peut même manquer quelquefois totalement.

Ayant en somme examiné le corps thyroïde d'une série de bacillaires morts, il a vu se développer cette réaction sclérosante dont Roger et Garnier avaient parlé et qui, au niveau du foie, donne la cirrhose hypertrophique.

Au point de vue clinique, Giraud s'est occupé du dosage de l'iode. Dans les cas où le malade accuse une évolution lente et où la sclérose est abondante, la quantité d'iode est très diminuée. Dans les cas où la maladie a une évolution rapide et où la sclérose manque, la quantité d'iode est très augmentée.

Mademoiselle Bernard en 1920 étudie l'influence de la thyroïdectomie sur l'évolution de la tuberculose expérimentée chez le lapin. Coulaud, en 1922, a réalisé une série d'expériences portant sur des lapins à corps thyroïde arraché et qu'il tuberculisait dans la suite. Il constate que ces lapins devenus hypothyroïdiens et tuberculeux vivaient plus longtemps que des témoins à condition que la dose de tuberculose injectée soit assez faible pour qu'une survie de quelques mois soit possible. En outre, il montre que chez les tuberculeux chroniques, contrairement à l'opinion de Roger et Garnier, le corps thyroïde n'est pas un organe déchû et que dans l'immense majorité des cas, il présente tous les signes histologiques d'un bon état fonctionnel. Au point de vue clinique, il admet pour conclure que dans les états thyroïdiques pathologiques la tuberculose paraît peu fréquente. Les goîtreux myxœdémateux et hypothyroïdiens non traités, les basedowiens vrais sont dans une certaine mesure réfractaires à la bacillose. Au contraire, les basedowiens traités qui sont dans un état de suractivité thyroï-

dienne voient diminuer la résistance acquise à l'égard de l'infection tuberculeuse.

En nous plaçant uniquement sur le terrain clinique nous avons étudié les réactions thyroïdiennes du tuberculeux et recherché systématiquement aux diverses périodes de la maladie les symptômes du basedowisme fruste ou de l'hypothyroïdie bénigne.

Notre plan a été le suivant : Dans un premier chapitre, nous envisageons la question de l'immunité thyroïdienne vis-à-vis de la bacillose et en somme la valeur du terrain thyroïdien dans l'infection tuberculeuse.

Dans un deuxième chapitre nous nous sommes occupés du basedowisme fruste du tuberculeux.

Dans le troisième chapitre, nous recherchons les petits signes de l'insuffisance thyroïdienne.

Les observations qui nous ont paru les plus concluantes sont intercalées dans le cours des deux derniers chapitres.

CHAPITRE III

Goître et Tuberculose.

« Le goîtreux devient rarement phtisique », disait un vieil aphorisme d'Hamburger qui n'admettait cependant pas un antagonisme très net entre ces deux affections.

Coulaud croit même que si au cours d'une bacillose en évolution il survient un goître parenchymateux, le malade voit ralentir la marche de son infection. Il donne l'avis d'Hamburger et de Betz qui ayant remarqué depuis longtemps la facilité avec laquelle les goîtreux guéris font de la tuberculose insistent pour que chez tout individu porteur d'un goître, et suspect de bacillose, le goître soit respecté. Chez la femme, si l'on ne traite pas ce goître, la tuberculose, d'après cet auteur, n'apparaît vraisemblablement qu'à l'époque de la ménopause, c'est-à-dire au moment où se produit une perturbation importante dans la totalité des glandes à sécrétion interne. Réciproquement, si l'on soumet ces goîtreux à un traitement médical et en particulier au traitement par l'iode et l'extrait thyroïdien, on les améliorera localement, mais on risque de créer des terrains favorables au développement de la semence bacillaire, comme si on levait par cette thérapeutique un obstacle à l'invasion des bacilles.

En 1905, Lorand avait posé au Congrès de la tuberculose à Paris la question du développement de la bacillose chez

les insuffisants thyroïdiens. Il admettait, en partant du rôle antitoxique joué par la glande thyroïde et par les autres glandes vasculaires, que lorsqu'elle fonctionne mal le sujet est plus apte à s'infecter que celui qui a un organe normal. Il prenait comme exemple des enfants de syphilitiques, d'alcooliques, de tuberculeux qui sont des candidats constants aux infections en général et à la tuberculose en particulier. Or, ils présentent presque tous les stigmates de la dégénérescence thyroïdienne, c'est-à-dire le retard dans la croissance, l'hypothermie, l'abaissement du taux des échanges nutritifs, le développement tardif des fonctions cérébrales. En outre, il montra combien est fréquent la bacillose après des états morbides qui affaiblissent l'individu et dont l'action porte surtout sur les glandes endocrines telles que les grossesses répétées, l'infection puerpérale ou encore la croissance rapide à l'époque de la puberté. Il se produit dans tous ces cas une congestion brusque de la glande qui tend à s'épuiser.

Laurent, enfin, pense que si la viande crue et le régime lacté sont des thérapeutiques très utiles, c'est qu'elles produisent une excitation du corps thyroïde et qu'elles favorisent ainsi la fonction antitoxique.

Morin, en 1906, reprit les mêmes idées : il signale que, dans les maladies infectieuses, il y a une hypertrophie du corps thyroïde se traduisant objectivement par un gonflement douloureux; c'est un signe d'hyperfonctionnement de la glande provoqué par les toxines qui circulent dans l'organisme et qui sont combattues par la thyroïde. Souvent, dans la suite, on constate après la guérison un léger degré d'insuffisance thyroïdienne.

La toxine bacillaire circule pendant de longs jours dans l'économie, et le thyroïde subit de ce fait une attaque incessante. Il n'est donc pas étonnant que les tuberculeux fassent à la longue de l'insuffisance thyroïdienne après avoir fait au début de leur maladie de l'hyperthyroïdie. A ce moment-là leur glande était encore susceptible de se défendre avec succès contre la toxémie bacillaire.

Mais une maladie infectieuse quelconque peut avoir créé une brèche dans l'appareil de défense. La tuberculose pénétrera plus facilement à travers cette faille, et c'est pour cela qu'il est fréquent de voir devenir bacillaires des malades qui ont eu une rougeole, une diphtérie, une fièvre typhoïde ou septicémie puerpérale.

Il faut donc distinguer très nettement les goitreux et les myxœdémateux. Nous laissons les premiers de côté pour l'instant et nous admettons que les seconds sont tout à fait dans les conditions requises pour faire des bacillaires.

Or, pour se rendre compte s'il existe un antagonisme réel entre la tuberculose et le goître simple, il faut rechercher le pourcentage des bacillaires dans les régions où le goître est courant.

Coulaud a établi une statistique intéressante pour les département du Nord, des Ardennes et de l'Aisne. Ses observations dans les régions à goîtres endémiques ont porté sur cent familles de goitreux : il a examiné ainsi un millier d'individus dont deux cent vingt étaient porteurs de goîtres et deux cent trente atteints de tuberculose. Mais parmi les deux cent vingt goitreux il n'a trouvé que douze bacillaires et dans ces douzes cas la tuberculose avait paru coïncider avec une augmentation du volume du goître et des signes plus ou moins marqués d'hyperthyroïdie. Au contraire, ceux qui étaient surtout frappés étaient les sujets normaux ou les sujets hyperthyroïdiens, basedowiens frustes. En résumé, Coulaud peut dire comme conclusion que les hyperthyroïdiens ne sont pour ainsi dire jamais frappés, et s'ils le sont il s'agit, en général, d'une tuberculose torpide.

Nous avons examiné un assez grand nombre de tuberculeux au cours de nos recherches. C'est ainsi que nos visites à l'Hôtel-Dieu et dans les dispensaires de Toulouse nous ont donné l'occasion de voir un noyau important de malades venus de l'Ariège, de l'Aveyron ou de la partie montagneuse du Tarn, régions qui sont pourtant toutes les trois fertiles en goîtres.

Aucun de ces malades n'était goitreux. Il faut dire cependant que deux seulement avaient des goitreux dans leurs ascendants.

Nous avons interrogé tous ces montagnards sur la fréquence du goître dans leur village et aussi sur l'état sanitaire au point de vue pulmonaire. Les renseignements que nous avons pu obtenir manquent malheureusement de précision, mais cependant d'après les conclusions que nous avons pu tirer de leurs réponses nous croyons pouvoir nous ranger du côté d'Hamburger et de Coulaud, et admettre que le goître et la tuberculose coexistent dans une infime minorité de cas.

Nous n'avons d'ailleurs pas trouvé davantage de basedowiens vrais tuberculeux. Cette question est cependant mieux connue et Wunschendorf étudiait récemment encore le diagnostic entre le syndrome de Basedow et le tuberculeux pulmonaire au début.

En outre, et puisque nous en sommes à l'étude du terrain thyroïdien, nous avons recherché chez tous nos bacillaires le « signe de Vincent ». Il n'est pas rare de relever dans les antécédents morbides des tuberculeux des coqueluches, des gripes, des pneumonies. Nous avons demandé aux malades si à un moment donné, au cours de cette maladie antérieure, ils n'avaient pas vu grossir leur cou et s'ils n'avaient pas éprouvé de douleurs dans cette région. La réponse a été constamment négative. Nous avons examiné ensuite un certain nombre de rhumatisants aigus, d'Eberthiens, de pneumococciques et nous n'avons jamais eu l'occasion de trouver le signe décrit par Vincent, qui est l'indice de l'hyperfonctionnement thyroïdien sous l'influence des toxines qui doivent se neutraliser à ce niveau.

Nous n'avons pas rencontré davantage chez les bacillaires au début cette thyroïdite aiguë totalement différente du « gros cou » qui est un signe beaucoup moins rare.

Enfin, au point de vue objectif, notre examen a porté sur le volume de la glande.

Morin, en 1906, avait signalé la fréquence de l'atrophie du corps thyroïde chez les tuberculeux, et ceci était bien en accord avec ses idées pathogéniques. La saillie extraordinaire du cartilage thyroïdien que l'on rencontre fréquemment chez les tuberculeux est due, pour lui, surtout à l'amaigrissement très apparent dans cette région nettement encadrée par la corde des sterno-cléido-mastoïdiens, et aussi à l'atrophie de la glande thyroïde. D'après sa statistique, 82 malades sur 348 présentaient cette atrophie. La moyenne d'un sur quatre est assez forte, mais Morin palpe le corps thyroïde, ce qui n'est pas un moyen d'observation très rigoureux.

Girard pesait les corps thyroïdes prélevés à l'autopsie des bacillaires et d'après lui les corps thyroïdes petits appartiennent aux malades qui ont fait une forme lente de la maladie. D'une façon générale, d'ailleurs, la glande thyroïde du tuberculeux est fréquemment diminuée de volume.

Il est difficile d'apprécier la grosseur d'un organe qui n'est plus palpable dès qu'une couche de graisse recouvre la région. Or, c'est la règle chez presque tous les sujets. Cependant nous avons pu constater dans plusieurs cas une augmentation de volume de la glande qui portait en particulier sur les côtés et qui était aussi visible que palpable. Cette hypertrophie existait d'ailleurs dans tous ces cas chez des bacillaires au début qui avaient des signes stéthoscopiques de lésions apicales confirmés par un examen radioscopique. Cette augmentation de volume de la glande n'avait pas été constatée par les malades.

Un seul, cependant, présentait une histoire assez particulière. Il avait été déjà traité pour bacilliose pulmonaire à différentes reprises. Mais il venait d'avoir une hémoptysie et il toussait beaucoup à l'entrée de l'hiver. Ses lésions étaient bilatérales, et il avait à droite une caverne assez volumineuse. Or son corps thyroïde était un peu plus développé que normalement, facilement palpable grâce à la maigreur de la région, pas douloureuse, et le malade n'a-

vait rien remarqué de spécial à ce niveau. Il habitait les Bouches-du-Rhône, département où l'on ne rencontre guère de goitreux, n'avait dans sa famille aucun antécédent de ce genre et ne présentait aucun signe d'hyper ou d'hypothyroïdie.

Constater une augmentation de volume est chose assez aisée, mais apprécier une atrophie est beaucoup plus compliqué et nous n'oserions établir une statistique qui serait basée sur nos constatations manuelles. Il y a là une part d'opinion personnelle, et dans bien des cas, alors que nous avions cru trouver un jour un corps thyroïde petit et ratatiné, les observations ultérieures nous faisaient changer d'avis.

Il faut s'en tenir à ce qui a été dit par Girard, qui s'est aidé de l'expérimentation, et encore faudrait-il, pour avoir une certitude, que l'examen objectif anatomo-pathologique fût fait en même temps que l'épreuve clinique et non après la mort. A ce moment, en effet, une série de causes accessoires peuvent avoir influé sur la constitution et la configuration extérieure et intérieure de l'organe. Les mêmes phénomènes cadavériques se produisent au niveau du corps thyroïde et au niveau des capsules surrénales, par exemple.

L'atrophie de la glande s'explique souvent très bien : un organe vaincu fait de la dégénérescence scléreuse ou graisseuse, et puisque l'anatomo-pathologie a montré qu'il y a sclérose, la rétraction est normale.

Cependant, dans ce cas, on devrait retrouver à l'examen des bacillaires des signes nets d'hypothyroïdie et à l'ultime période de la tuberculose les malades devraient être myxœdémateux, or nos observations ne nous ont révélé qu'un cas de ce genre et les signes qui seraient susceptibles d'être rapportés à une absence physiologique de la glande peuvent être le reflet de la toxémie intense qui peu à peu atteint tous les organes.

CHAPITRE IV

L'hyperthyroïdisme fruste du Tuberculeux.

De nombreux auteurs ont constaté l'existence de petits signes de basedowisme chez les tuberculeux en signalant combien il est difficile parfois de les reconnaître. En effet, les symptômes pulmonaires et les signes de l'hyperthyroïdie se confondent souvent et la part qui revient à la thyroïde et celle qui revient aux poumons sont assez délicates à distinguer.

Les signes les plus marquants de l'hyperthyroïdisme fruste sont : le goître, l'exophtalmie, la tachycardie, le tremblement, l'amaigrissement, les troubles gastro-intestinaux, les troubles vaso-moteurs et sécrétoires, les troubles nerveux, la dyspnée sans cause apparente, les signes oculaires, les troubles de pigmentation de la peau.

C'est surtout au début de la tuberculose pulmonaire que ces petits symptômes sont caractérisés, et Breton, en 1899, avait déjà donné à la tachycardie des tuberculeux à la première période une origine thyroïdienne. Plus tard, Lorand, au Congrès de la Tuberculose, Ramond et Bloch, Amado ont rapporté un certain nombre d'observations de maladie de Basedow coïncidant avec une tuberculose pulmonaire. Poucet et Leriche mirent en lumière la relation qui unit dans bien des cas la tuberculose au goître exophtalmique, et ils énoncent l'idée que si la glande thyroïde réagit à l'infection bacillaire, elle peut très bien se placer en hyper-

fonctionnement et réaliser ainsi un syndrome de Basedow pathogénique, pourtant inflammatoire et à étiologie tuberculeuse. Laissons maintenant de côté les limites extrêmes dans la gamme des affections thyroïdiennes, c'est-à-dire le myxœdème et la maladie de Basedow pour ne rechercher que ces petits signes légers, fugaces, difficiles à reconnaître parce qu'ils n'intéressent pas d'une façon violente l'état général du malade, qui d'ailleurs n'y prête pas toujours attention, que de son côté le médecin pratiquant laisse un peu dans l'ombre comme important peu à la guérison du malade. C'est ainsi que le tremblement, qui est un de ces signes du basedowisme, occupe une bien faible place dans le tableau clinique d'une tuberculose pulmonaire en évolution.

Sabourin est le premier qui décrivit d'une façon complète, en 1914, le petit basedowisme chez les tuberculeux. Nous avons étudié tous les signes qu'il a indiqués et nous les avons recherchés chez un certain nombre de malades vus dans les salles des hôpitaux ou aux consultations des dispensaires. C'est surtout dans ces derniers établissements que l'on a les plus grandes chances de pouvoir étudier les premiers stades de la bacillose.

Il y a une grande part d'exactitude dans le travail de Sabourin. Il ne faut pas cependant s'attendre à rencontrer chez tous les malades l'intégralité des symptômes qu'il a décrits. Chez la plupart on en découvre un, deux, ou assez rarement trois. Ainsi un sujet accusera une tachycardie excessive, aura des yeux gros et brillants, mais aura conservé le calme, la tranquillité d'esprit qu'il avait avant d'être atteint. Par contre, beaucoup de tuberculeux, même examinés à la période de début, c'est-à-dire au moment où se fait la diffusion des toxines et des bacilles et où la glande a les plus grandes chances d'être touchée, ne présenteront aucuns signes qui permettraient de les étiqueter hyperthyroïdiens. Leur glande est restée stable et la répercussion de l'infection ne se fera peut-être que plus tard, souvent sans

provoquer le moindre signe objectif; et quelquefois aussi la glande demeurera intacte pendant toute la vie.

Nous devons citer maintenant, à l'appui de la thèse contraire, Coulaud qui rapporte sur cette question de la coexistence du syndrome de Basedow et de la tuberculose l'opinion de Plummer. Or, ce dernier auteur mentionne qu'à la clinique Mago où sont traités de nombreux malades atteints de goître exophtalmique on a remarqué que la tuberculose frappe beaucoup moins fréquemment les sujets chez lesquels évolue cette affection que les individus normaux; et Coulaud partage l'avis de Plummer. Cet hyperfonctionnement de la glande favoriserait donc la mise en action de la fonction anti-toxique de la thyroïde et dresserait ainsi comme une barrière contre l'infection bacillaire.

En admettant que les signes du basedowisme fruste existent chez les tuberculeux, ont-ils une valeur au point de vue du diagnostic de la maladie et au pronostic de son évolution? Nous ne croyons pas que leurs constatations soient suffisantes, bien qu'ils apparaissent souvent au début de la maladie, pour porter un diagnostic de tuberculose. Et s'il s'agit d'une femme à l'époque de l'activité génitale, ils sont encore bien plus marqués.

Mais, comme le faisait remarquer Byalokur, lorsqu'un malade présente les signes évidents de tuberculose pulmonaire auxquels s'ajoute un syndrome de Basedow très peu accentué, celui-ci ou passe inaperçu ou est rapporté à la tuberculose. Lorsqu'au contraire le syndrome de Basedow est net et qu'il n'y a que quelques signes de tuberculose discrète, on méconnaît la tuberculose et on pense qu'elle vient compliquer un syndrome de Basedow sans songer à la possibilité d'un lien entre les deux symptomatologies. La vérité est qu'il y a de grandes ressemblances dans le tableau clinique des commencements des deux affections. Si la question se complique parce qu'il faut faire un diagnostic différentiel entre une tuberculose au début et un syndrome de Basedow vrai, ces symptômes renforcés rendent, d'au-

tre part plus aisée la tâche du médecin dont l'attention est aiguillée ainsi vers la véritable nature de la maladie.

Une cause d'erreur et de confusion entre ces deux affections a été signalée par Coulaud. Beaucoup de femmes viennent consulter un médecin se croyant atteintes de tuberculose, alors qu'elles présentent simplement des signes plus ou moins accentués de basedowisme fruste. Les examens ultérieurs permettent d'éliminer toute idée de tuberculose. Souvent d'ailleurs, on peut rattacher cette hyperthyroïdie, qui n'est la plupart du temps que passagère, à des causes purement physiologiques : grossesse, lactation, menstruation, ménopause. Il faut donc, malgré la ressemblance et le parallélisme de certains symptômes, être prudent dans son diagnostic pour éviter de traiter un basedowien fruste comme un bacillaire, et *vice versa*.

Pour obvier à cette erreur, tous les malades que nous avons examinés ont subi un examen clinique approfondi, ont été radioscopiés et ont toujours eu leurs crachats examinés. Nous avons conservé seulement les observations des tuberculeux avérés positifs à la radioscopie et au laboratoire.

Mais avant d'exposer le résultat de nos recherches personnelles, nous voulons rappeler une observation empruntée à Sabourin, intéressante parce qu'elle montre chez un même sujet un chevauchement parfait des signes de tuberculose pulmonaire et de basedowisme fruste.

« Il s'agissait d'un jeune homme de 19 ans, de souche douteuse, probablement tuberculeuse et syphilitique, mais sûrement névropathique bilatérale. Taille 1 m. 80, s'est assez bien porté dans son enfance malgré une rhinite hypertrophique avec adénoïdes et quoi qu'il ne pût courir aussi facilement que ses camarades. Croissance précoce et très rapide. Néanmoins, il eut toujours une prédilection pour les sports bien qu'il « sentit » souvent son cœur, ce qui l'obligeait à suspendre ses acrobaties variées. Aussi vivait-il en état de surmenage à peu près constant; mais se nour-

rissant bien, étant sobre, prenant des nuits de sommeil régulier, il faisait néanmoins bonne figure dans la maison de commerce dans laquelle il travaillait.

» Enfin, il y a deux mois, il se mit à tousser, puis à cracher le sang. On diagnostiqua une congestion fébrile du sommet droit, on le mit au repos, ce qui amena rapidement la chute de la fièvre.

» Actuellement, il présente au sommet gauche un foyer bénin d'infiltration, mais à droite, tout le lobe supérieur est touché au moins en surface, en avant, en arrière, dans l'aisselle avec maximum des bruits sur la région médiastine, bord droit du sternum et bordure du rachis. C'est dans l'angle scissuro-vertébral supérieur qu'est logé le foyer le plus net. Il y a dix à douze crâchats nummulaires moyens par vingt-quatre heures.

» Le jeune homme est plutôt bien développé, musclé, à thorax très suffisant. Ce qui frappe chez lui, tout d'abord, c'est l'état d'éréthisme circulatoire. La face est animée, les oreilles sont rouges, les lèvres turgides. Les yeux sont brillants et manifestement « trop gros ».

» Sur tout le corps, la peau fortement colorée garde longtemps l'empreinte blanche de la main et ne se recoloré que lentement. Les deux mains et les poignets sont rouges lie de vin, cyanotiques, plutôt frais au toucher, les paumes restent constamment moites. La muqueuse conjonctivale est très colorée, la gorge est en congestion intense, comme œdématiée à la surface.

Quand on élève les mains, elles blanchissent avec une grande rapidité et se recolorent non moins vite dès qu'on les abaisse. Le phénomène frappe encore plus si on les élève et les abaisse alternativement. La main qu'on tient en l'air semble se vider de sang comme une bouteille que l'on renverse le goulot ouvert.

» Sur tout le corps le moindre contact produit une tache, une ligne ou une plaque d'un rouge intense qui persiste longtemps.

» Malgré la violence de cet érythème de contact, il n'y a point de dermographisme.

» Le pouls est rapide et violent, changeant, 96 à 112. Le choc du cœur est intense, le malade en est souvent incommodé, et dans le repos au lit il est gêné par les souffles dans ses oreilles.

La pointe bat beaucoup trop bas et en dehors du mamelon; mais il faut tenir compte de ce fait que le mamelon semble un peu haut situé sur le thorax, comme il est assez fréquent chez les jeunes tuberculeux. Il y a un souffle mitral très net, organique ou fonctionnel, souffle de passage, mais surtout il y a des souffles extracardiaques puis-sants s'étendant jusqu'à l'épaule droite.

» D'ailleurs, le cœur s'entend partout dans le thorax, rythmant les bruits respiratoires. Enfin les palpitations sont très fréquentes.

» De cette excitation cardio-vasculaire résulte un certain degré de tremblement dans les mouvements du bras, de la tête et dans la parole. Le malade a d'ailleurs toujours le tremblement émotif facile, mais il sait fort bien discerner ces deux sortes de symptômes.

» Enfin il y a un léger enrrouement intermittent à retour très fréquent, sans aucune sensation anormale.

» On constate facilement à la vue que le cou est gros, élargi, bombant un peu latéralement, et au palper on sent que des deux côtés la thyroïde est bien plus perceptible que d'ordinaire chez l'homme. Il est facile également de constater à la vue et à la main que le cou dans son ensemble est le siège de battements vasculaires anormaux.

» Notons enfin comme stigmate intéressant l'état des ongles qui à tous les doigts sont transparents comme de la corne à lunettes et flexibles comme du caoutchouc.

» Le malade accuse que toujours depuis sa croissance il eut des palpitations du cœur faciles, l'essoufflement rapide, un peu de trouble de la vue qu'il corrigea par des verres, de la moiteur des mains et des pieds, des mains rouges,

bleues, même en été et avec tout cela un nervosisme intense, un besoin d'activité énorme, mais sans troubles psychiques, sans besoins génitaux exagérés. Il y a un an qu'il remarqua le brillant anormal de ses yeux, qu'il s'aperçut qu'il tremblait un peu non seulement par émotivité, mais même au calme complet.

» Enfin, depuis un mois qu'il se repose relativement, il constate que son cœur est déjà bien moins agité malgré la grande fatigue qu'il ressent encore. Son excitation circulatoire et nerveuse l'avait déjà, depuis quelque temps, entraîné à boire beaucoup pendant ses repas. Rapidement il eut une dilatation stomacale énorme. Averti par son docteur, il restreignit sa boisson et sa digestion s'améliora. Actuellement il ne prend qu'un demi-verre de liquide, mais néanmoins l'estomac clapote encore un peu. L'ensemble des fonctions intestinales est satisfaisant avec plutôt tendance à la constipation.

» En somme, tuberculose pulmonaire mise à part, ce qui frappe chez ce jeune homme, c'est la macrophtalmie, les troubles circulatoires et nerveux, et si on y porte la moindre attention, un peu d'hyperthyroïdie.

» Ce jeune homme soumis d'abord à la cure de repos et à un régime alimentaire de réduction vit se calmer rapidement tous ces symptômes pénibles. Après quelques semaines, il put être soumis à la cure d'endurcissement.

» Au bout de quatre mois il était débarrassé de ses manifestations pulmonaires, il était capable de faire des exercices de marche considérables, et il ne sentait son cœur que s'il voulait courir ou monter rapidement. Tous les phénomènes angioneurotiques étaient réduits à l'insignifiance, le cœur restait volumineux, mais sans battements anormaux, et les yeux ni brillants ni turgides étaient vraisemblablement revenus tels qu'ils étaient avant la grande crise de tuberculose pulmonaire et de détraquement cardio-vasculaire ».

Le sujet dont nous venons de transcrire l'observation

est un spécimen de tuberculeux angioneurotique à « gros yeux et à gros cou ». On trouve rarement un cas aussi démonstratif. Cependant il nous a été donné, dans un dispensaire, de voir une jeune femme tuberculeuse qui présentait également des signes nets d'hyperthyroïdie.

OBSERVATION II (Inédite).

Mlle L. Thérèse, 19 ans. Institutrice.

Se présente pour la première fois à la consultation du dispensaire anti-tuberculeux au début du mois de septembre 1924. Elle vient parce qu'elle tousse beaucoup depuis le mois de juillet, époque à laquelle elle a eu une bronchite assez sévère. Elle a eu, il y a un mois, quelques stries sanglantes dans ses crachats, mais elle est surtout fatiguée, fébrile et sans appétit.

Nous la voyons le 8 novembre 1924. Des examens de crachats ont déjà été faits et ont tous été positifs. La radioscopie a révélé des lésions assez nettes au poumon droit : c'est au total une bacillaire avérée et la question d'un pneumothorax artificiel a été sérieusement envisagée. Ce qui nous frappe à première vue chez cette malade, c'est le volume du cou et aussi un certain degré d'exophtalmie qui la font distinguer au milieu des autres consultantes.

Ses antécédents héréditaires n'offrent rien d'intéressant : le père et la mère vivent, il y a deux frères et une sœur qui se portent bien. Personne ne tousse dans la famille. Ils habitent la ville depuis longtemps, mais notre malade est née dans l'Ariège, où elle n'a séjourné que peu de temps. Il n'y a pas de goitreux dans ses ascendants.

Elle n'a jamais eu une santé très brillante; les maladies communes à l'enfance ne l'ont point épargnée. Rougeole à 4

ans, scarlatine à 6 ans, et, fait important, elle signale deux abcès qui ont suppuré longuement, trois à quatre mois environ, et dont on voit nettement la marque, et qui siégeaient de chaque côté de la base du cou, juste au-dessus de la clavicule. Ceci se passait il y a trois ans. Il est difficile de faire préciser à la malade la thérapeutique qui a été instituée au début de cette infection. Au bout d'un certain temps, l'exérèse a été pratiquée et depuis, la malade n'a jamais souffert d'accidents similaires.

Au point de vue pulmonaire, des rhumes fréquents, de la toux l'hiver, une expectoration abondante et muco-purulente, des angines à répétition. C'est une institutrice exerçant à la ville, vivant renfermée et travaillant tard dans la nuit.

Notre premier soin fut d'examiner ce qu'on peut appeler avec Sabourin un « gros cou », pas uniformément développé, car l'hypertrophie ne portait que sur les lobes latéraux de la thyroïde. Rien de particulier au niveau de l'isthme. Au palper, on avait une impression de résistance légère, on ne réveillait pas la douleur et la malade laissait examiner facilement.

Elle avait remarqué depuis quelque temps que son cou avait augmenté de volume, mais elle n'y avait pas attaché d'importance, préoccupée par les symptômes pulmonaires qu'elle présentait.

Les yeux de cette malade brillaient, étaient humides sans larmoiement; ses globes oculaires étaient légèrement projetés en avant sans qu'on puisse dire cependant qu'il y avait véritablement exophtalmie. C'était plutôt de la macrophtalmie. La malade accusait en outre quelques troubles légers de la vue qui ne la gênaient d'ailleurs pas pour travailler, pas de signes de de Graëf ni de Moebius. Cette femme n'est pas une nerveuse, elle est d'aspect calme, placide, parlant doucement et elle dit que son caractère n'a pas changé depuis le début de sa maladie.

Son pouls bat à 120. Or, la malade est dans le calme le plus complet; il n'y a aucune cause émotionnelle à cette tachycardie. Elle présentait d'ailleurs cette rapidité du pouls à son arrivée au dispensaire en septembre 1924.

Elle accuse en outre des palpitations assez fréquentes. Les

bruits du cœur sont bien frappés, mais il n'y a aucun souffle fonctionnel ou extra-cardiaque.

Les troubles vasculaires sont assez nets. Les mains sont moites, de couleur légèrement cyanotique, les pieds sont livides avec des trainées bleuâtres. Pas de refroidissement ni d'œdème. On élève et on abaisse les mains alternativement sans résultat. Le reste du corps est normalement coloré. Pas de dermographisme. Les ongles sont assez mal conformés, ils sont striés, pâles et poussent mal.

Il y a un léger tremblement des mains, mais la tête est immobile et on ne distingue pas de battements anormaux des artères de la région du cou.

Cette jeune fille célibataire a toujours été assez mal réglée. Règles abondantes ne survenant pas à date absolument fixe et fatigant la malade. Pas de tendance aux hémorragies, épistaxis, hémorroïdes ou autres.

Fait particulier : La malade a vu pousser ses cheveux en quantité depuis le début de la maladie à tel point, qu'elle est obligée de les faire couper de temps en temps. Du côté des poils il y a aussi une recrudescence de l'activité de formation.

Les lésions pulmonaires semblent stationnaires. La bacillose évolue chez elle d'une façon très lente, et le médecin qui la voit d'une façon régulière nous a dit combien elle se défendait bien contre le bacille de Koch.

Elle n'a pas de fièvre, plus de sueurs nocturnes, un assez bon appétit et ce n'est que de temps à autre qu'elle fait une poussée de congestion à l'occasion d'un refroidissement ou d'un excès de travail. Elle fait une cure de repos, d'air, de suralimentation en ce moment.

Comme médication, cachets de Ferrier, injections de cacylate de soude.

Cette observation est superposable à celle qu'avait donnée Sabourin, et notre malade peut être rangée dans la catégorie des tuberculeux angioneurotiques à « gros yeux et à gros cou ».

Nous nous sommes demandés dans le cas présent si cette hypertrophie de la glande avait bien son origine dans l'affection bacillaire ou si nous n'avions pas affaire par hasard à un goître parenchymenteux simple, développé pendant le séjour de la malade dans l'Ariège et qui se serait dans la suite basedowifié. La fréquence de ces goîtres basedowifiés est telle qu'il fallait en tenir compte. Mais le sujet a pu constater lui-même que cette augmentation du volume du cou datait du début de sa maladie. Cette jeune fille d'ailleurs n'a pas d'antécédents goitreux dans son hérédité.

De plus, la tuberculose avait déjà frappé la malade il y a quelques années et avait fait une première étape au niveau des ganglions de la chaîne sus-claviculaire, ce qui avait nécessité une large exérèse. L'infection de la thyroïde peut s'être produite à ce moment-là soit par simple contiguïté, soit par voie sanguine, soit par voie lymphatique des ganglions aux lobes thyroïdiens très voisins : Ces lésions sont en effet bilatérales. Nous admettrons donc qu'il a là une réaction assez intense de la glande thyroïde au cours d'une tuberculose pulmonaire à sa période de début. Cette intensité est due peut-être à un état de prédisposition créé par le séjour de la malade dans un pays où les goîtres abondent et aussi par une première attaque avortée lors de l'infection ganglionnaire.

Chez d'autres malades, dont nous allons donner maintenant les observations, nous avons retrouvé, mais à un degré moindre, quelques-uns des signes si développés dans le cas précédent.

OBSERVATION III (Inédite).

M... Antoine, 18 ans, employé dans une maison de chaussures.

Vu pour la première fois le 5 octobre 1924, à la consultation

du dispensaire. Malade depuis quinze jours. Il a pris froid et tousse beaucoup depuis. Il crache peu, mais est fatigué; mange mal et transpire énormément, principalement la nuit. Père, mère, une sœur en bonne santé. Lui-même n'a jamais été malade jusqu'à maintenant.

C'est un garçon assez bien constitué, pas très musclé, ne pratiquant aucun sport et fréquentant assidûment les cinémas et les cafés. Au point de vue pulmonaire, au sommet droit des craquements, à la radio, sommet droit peu net, s'éclairant mal à la toux. La recherche des B. K. dans les crachats est positive.

Nous le remarquons dès l'entrée à cause de l'éclat tout particulier de ses yeux brillants, humides sans larmoiements, et légèrement exophtalmiques. Sa mère qui l'accompagne a remarqué cet état de choses, et nous ne l'étonnons pas quand nous la questionnons là-dessus.

Le pouls est à 110, mais c'est anormal et l'émotion, la marche, la fatigue en sont la cause. Cependant, il a des crises de tachycardie depuis quinze jours, et il se plaint de palpitations survenant souvent sans cause et qui le gênent beaucoup. A l'auscultation, on ne trouve rien du côté du cœur, des bruits bien frappés, sans retentissement transthoracique et sans souffle extra-cardiaque.

Du côté du cou, aucune modification. On ne peut pas palper le corps thyroïde, la région avoisinante n'étant pas amaigrie. Pas de battements artériels.

Les mains du sujet sont moites et leur couleur est loin d'être normale. Elles sont cyanotiques, présentent des engelures, mais on ne trouve pas cette modification si pittoresquement décrite par Sabourin « de la bouteille que l'on renverse le goulot ouvert ». Les pieds sont également le siège de phénomènes de vaso-motricité défectueuse, mais le corps ne présente pas de dermatographisme.

Du côté des phanères, on peut signaler l'arrêt de la chute des cheveux depuis quelque temps. Aux ongles aucune modification.

Le caractère du sujet s'est modifié. Il y a un mois, calme et paisible, il est aujourd'hui violent, coléreux, ne peut pas rester en place. Malgré sa maladie, il circule, et on ne peut le retenir chez lui. Son sens génésique s'est en outre beaucoup développé depuis un mois. Il présente du tremblement des mains.

Anorexie, diarrhée depuis environ huit jours.

OBSERVATION IV

B... Marie-Louise, 17 ans, sans profession.

Malade depuis environ un mois. A toussé au début de l'automne, crache assez abondamment, et comme elle a remarqué un peu de sang dans ses crachats, elle se présente à la consultation du dispensaire anti-tuberculeux. Elle est encore en assez bon état physique, mais elle n'a pas d'appétit et elle ne peut plus faire le peu de travail qui l'occupait avant le début de sa maladie.

Son père, sa mère, un frère, une sœur sont en bonne santé. Elle-même n'a jamais été malade, elle habite le faubourg où elle est née, elle n'a pas d'antécédents de goîtreux.

Elle ne présente pas d'exophtalmie, ses yeux sont brillants, mais ils ne sont pas gros. Du côté de son cou, rien à signaler, le corps thyroïde palpé, semble normal.

Elle est sujette, depuis le début de son affection, à des palpitations qui reviennent souvent, qui sont désagréables pour la malade, l'obligeant à se reposer aussitôt. Son pouls, en dehors de toute cause émotive est rapide, 100, 110 pulsations. Les bruits du cœur sont assez sourds.

Elle présente en outre du tremblement des mains et aussi un peu de tout le corps. Si on l'examine attentivement, on voit de légères oscillations de la tête pas constantes, mais qui surviennent à deux ou trois reprises au cours de notre examen.

Il n'y a aucun trouble vasculaire, pas de moiteur des extrémités, pas de cyanose.

Quant au caractère de la maladie, il n'a pas varié, d'après son entourage.

Les lésions pulmonaires siègent à droite, en arrière et au sommet. L'examen des crachats est positif.

OBSERVATION V (Inédite).

E... Marie-Louise, 21 ans, papetière.

Cette malade qui habite la campagne fait remonter à deux mois le début de son affection. Elle prit froid en septembre, toussa un peu depuis, mais ne se soigna pas. Depuis une quinzaine de jours elle s'est sentie plus fatiguée, la toux est devenue plus fréquente, elle a eu deux hémoptysies et elle manque totalement d'appétit. Elle transpire beaucoup la nuit, et devant ce mauvais état général elle s'est décidée à venir à la consultation pour se faire examiner.

Elle est née dans l'Ariège et y habite. Elle a eu une grand' mère qui avait un goître et qui se portait fort bien. Sa mère est morte bacillaire, son père est en bonne santé, elle n'a ni frère ni sœur.

Elle a toujours été assez fragile, payant un large tribut aux maladies communes à l'enfance et s'enrhumant facilement l'hiver.

Ses yeux sont brillants, légèrement volumineux, sans qu'il y ait cependant exophtalmie.

La glande thyroïde a augmenté de volume depuis un mois environ, la malade s'est aperçue que son cou devenait plus gros parce qu'il lui était difficile de boutonner son corsage.

La palpation ne nous donne pas de résultat. Cependant, il semble que le lobe droit est particulièrement développé.

Le pouls est à 120. La tachycardie existe et la malade a de temps en temps des palpitations et aussi des crises d'étouffements pas très sévères qui disparaissent rapidement.

Pas de tremblement, pas de battement des artères du cou, système vasculaire normal.

C'est une nerveuse, une impulsive, sujette à des crises de larmes et aussi à des accès de joies sans causes. Du côté de l'appareil digestif rien à signaler. Cette femme est assez irrégulièrement réglée.

Les cheveux sont devenus plus cassants, plus secs, ils ne tombent pas, mais la malade a remarqué que le fait de se peigner était devenu douloureux. Rien du côté des ongles ni de la peau.

Signe de de Graëfe (difficulté de convergence par parésie des muscles droits internes et défaut de parallélisme entre les mouvements de l'œil et ceux de la paupière supérieure) négatif.

Lésions pulmonaires nettes à droite à la radioscopie et au stéthoscope, examen des crachats positif.

Pneumothorax artificiel.

OBSERVATION VI (Inédite).

Da... Julien, 29 ans, coiffeur.

Le malade se fait examiner parce qu'il tousse beaucoup et qu'il a eu il y a une semaine une hémoptysie assez abondante.

C'est un gazé de guerre, pensionné à 50 %, mais qui allait bien depuis trois ou quatre ans. Il ne toussait presque pas et exerçait assidûment son métier de coiffeur en ville.

Du côté de ses ascendants, rien à signaler. Célibataire, né à Saint-Omer, région où l'on ne voit pas de goître.

A l'heure actuelle, il est très fatigué, visage amaigri, yeux brillants et humides, pas de signes de de Graëfe ni de Moebius.

Pas de modification du côté du cou.

Tachycardie très nette. Pouls 110. Bruits du cœur très frappés.

La main étendue tremble en totalité, mais il n'y a pas de tremblement de la partie supérieure du corps.

La sudation est abondante, les mains constamment moites, sans changement dans la coloration du tégument. Les poils, les cheveux, les ongles n'ont subi aucune modification.

Le caractère du sujet a beaucoup changé depuis quelque temps. Il est devenu triste, taciturne, aimant à s'isoler et assez souvent coléreux et difficile. Il a abandonné son métier depuis un mois, prétendant qu'il est trop fatigué pour travailler.

Du côté du système digestif, pas de perversion du goût. Quelques vomissements. Anorexie, diarrhée alternant avec la constipation. Du côté de l'appareil pulmonaire, il n'a pas de dyspnée, pas de phénomènes d'étouffements.

Les lésions occupent la plus grande partie du poumon gauche, examen des crachats positif.

Nous n'avons reproduit que les observations qui nous ont paru se rapprocher le plus du Basedowisme fruste, mais chez un assez grand nombre de malades examinés nous avons retrouvé un ou plusieurs hyperthyroïdiens. C'est ainsi que fréquemment on rencontre un bacillaire ayant une exophtalmie légère et des troubles nerveux assez prononcés ou bien un cou légèrement augmenté de volume, avec des phénomènes d'éréthisme cardiaque. Il est plus difficile d'attribuer ces symptômes à un mauvais fonctionnement du corps thyroïde que dans les cinq cas ci-dessus signalés où existe la presque totalité du syndrome basedowien. Il faut, en effet, ne pas perdre de vue que l'infection bacillaire peut suffire à provoquer dans divers organes des réactions que l'on prendrait aisément pour l'image d'une dysthyroïdie très accentuée.

On a pu voir qu'il est un signe que l'on retrouve pour ainsi dire constamment. C'est la tachycardie et l'instabilité du pouls. La plupart des bacillaires accusent des palpitations qui surviennent soit à l'occasion d'un effort, soit sans cause

apparente et qu'ils ont éprouvées peu de temps après le début de la maladie.

Si l'on prend le pouls de ces sujets, on le trouve très rapide, petit, mais ceci d'une façon intermittente, presque par crises paroxystiques.

Chez le thyroïdien vrai, c'est un signe constant et permanent : chez le bacillaire au contraire, il est rare de le voir subsister longtemps, et si on le constate à la période des cavernes, il ne peut plus y avoir aucune corrélation avec un état basedowien. On remarque d'ailleurs que lorsque le traitement rationnel de la tuberculose a commencé à être appliqué, ce phénomène tend à s'atténuer, et il est rare de le trouver chez le bacillaire indice deux.

Doit-on attribuer cette tachycardie et cette instabilité du pouls à du basedowisme fruste, ou faut-il simplement penser que c'est une réaction de la fibre cardiaque touchée par la toxine bacillaire ? Si on décèle en même temps de l'exophtalmie, du goître, du tremblement, on peut se ranger à la première hypothèse. Si au contraire ce symptôme est solitaire, il est difficile de ne pas y voir simplement une réaction cardiaque.

Les yeux des tuberculeux, des femmes en particulier, sont très souvent brillants, expressifs, humides sans larmoiement. Grancher signale aussi comme petit signe de prédisposition à la tuberculose en même temps que les cheveux blond vénitien, l'éclat spécial du regard et la longueur des cils. On ne trouve pas chez les malades à proprement parler d'exophtalmie, mais la macrophtalmie est chez eux assez fréquente. Dans le basedowisme fruste, d'ailleurs, l'exophtalmie n'existe pas : elle n'apparaît que dans la maladie de Basedow franche. La macrophtalmie frappe rarement l'attention du malade, et s'il la remarque, il la prend pour une preuve d'amaigrissement, tandis qu'au contraire, chez les gens amaigris, et les tuberculeux le sont souvent d'une façon précoce et rapide, les yeux sont enfoncés et non saillants.

On n'a qu'à regarder un néoplasique cachectique pour se rendre compte nettement de cet enfoncement des globes oculaires.

Les signes oculaires de de Graëfe, de Moebius et d'Hellvarg doivent être excessivement rares chez le bacillaire. Nous ne les avons jamais constatés. Cependant, Coulaud, dans sa thèse, a signalé que chez les tuberculeux cavitaires à la période ultime il peut y avoir de l'exophtalmie s'accompagnant d'une augmentation de la fente palpébrale avec parfois signe de de Graëfe positif.

Le tuberculeux « angioneurotique » se rencontre d'après Sabourin assez fréquemment, et 15 % des malades de son sanatorium étaient porteurs de cette tare circulatrice. Cliniquement, ces sujets se présentent avec une cyanose ou acrocyanose des mains en « paire de gants » une coloration des extrémités allant de la teinte lie de vin à l'indigo, visible en toute saison et s'accompagnant principalement pendant les chaleurs, d'une moiteur toute spéciale.

Les pieds cependant sont plus rarement atteints, mais la face, nez, pommettes ont une couleur rougeaude et quelquefois les muqueuses labiale et pharyngée sont écarlates, presque scarlatiniformes. Pour Sabourin tous ces malades ont une tare cardiaque. Ils ne sont pas forcément sujets aux palpitations, ils n'ont pas de lésions proprement dites, ils ont seulement un cœur « sensible » à une série d'influences capables de produire aisément une rapidité passagère du pouls et des troubles vaso-moteurs très prononcés.

Ils sont en même temps que les cardiopathes, le plus souvent des nerveux ou des dégénérés congénitaux, et l'épithète d'angioneurotique les dépeint parfaitement.

On peut maintenant se demander si ces troubles vaso-moteurs sont de nature thyroïdienne ou s'ils ont simplement une origine cardiaque.

Ils s'accompagnent de phénomènes sécrétoires et trophiques, et Léopold Lévi a montré nettement qu'il existait un rapport certain entre les troubles vaso-moteurs sécrétoires et

trophiques et les endocrines. Donc le mauvais fonctionnement de la thyroïde peut être incriminé sans que l'on puisse toutefois préciser exactement si l'on a à faire à de l'hypo ou de l'hyperthyroïdie. Cependant, il semblerait démontré que l'acrocyanose serait à juste titre rattachée au syndrome d'insuffisance thyroïdienne. On la trouverait en effet dans le myxœdème et dans l'hyperthyroïdie bénigne. L'érythrose, la chaleur, la moiteur sont par contre des symptômes de la série basedowienne. Entre ces deux états extrêmes, il y a une gamme intermédiaire qui traduit l'instabilité thyroïdique. Mais, si, d'après ce que nous venons de dire, on peut supposer que l'angieuneurose des tuberculeux est une manifestation thyroïdienne, on ne peut pas assurer que c'est la bacillose qui a de toute pièces créé cet état. D'après ce que nous avons eu l'occasion de remarquer, nous croyons plutôt que chez beaucoup de sujets il existe un hyperthyroïdisme latent. Que ce terrain soit naturellement favorable au développement de la tuberculose, c'est possible. Mais que cette maladie rende évidents et renforce tous les signes de cet état, c'est certain. Et au fond on ne peut imaginer une action directe du bacille de Koch et de ces toxines sur un corps thyroïde à stabilité déjà douteuse.

Puisque nous nous occupons uniquement dans ce chapitre du basedowisme fruste, nous devons maintenant nous demander si parmi les malades que nous avons examinés nous en avons trouvé beaucoup ayant de l'érythrose ou de ces sueurs abondantes si particulières qui décèlent une hyperthyroïdie accentuée. Or, dans les observations que nous avons fournies, un seul malade présentait une coloration rouge des mains typique. La pression du doigt provoquait la formation d'une tache blanche disparaissant presque instantanément beaucoup plus vite que normalement et la moiteur était considérable. Il y avait en outre d'autres signes qui permettaient de rapprocher ce sujet des basedowiens véritables. Dans les autres cas, les troubles vaso-moteurs se présentaient d'une façon différente. Un malade avait de la

cyanose des mains, un autre se plaignait d'avoir les pieds constamment froids, ce qui se rapproche davantage du syndrome d'hyperthyroïdie. Enfin, beaucoup de sujets n'avaient aucun phénomène de vasomotricité exagérée.

Notre statistique qui porte sur une centaine de tuberculeux environ est donc beaucoup plus faible que celle de Sabourin. Du moins en ce qui concerne les manifestations vaso-motrices de l'hyperthyroïdie chez le tuberculeux. On trouve plus fréquemment un mélange d'hyper et d'hypothyroïdie chez un même sujet, ce que l'on peut traduire par le simple terme de « dysthyroïdie ».

Il faut néanmoins ne point méconnaître cette modalité de la tuberculose ou plutôt cette famille de tuberculeux. En effet, ceci a son importance au point de vue traitement.

Ces malades sont des congestifs, des prédisposés aux hémorragies, des hypersensibles, et la lésion qui affecte leurs poumons a peu de chance de se scléroser, évoluant sur un tel terrain.

Le régime doit être surveillé. Il est indiqué au tuberculeux de s'alimenter solidement et ses repas comportent l'absorption de viandes rouges, de toniques qui doivent être absolument proscrits si le malade fait partie de la catégorie des « angioneurotiques ». Si le malade n'est pas dirigé dans ce sens par son médecin, il verra s'accroître ses misères, s'aggraver son état pulmonaire, et finalement il sera arrêté par un accident grave, hémoptysie, crise d'entérite ou complication cardio-pulmonaire qui le contraindra au repos absolu et l'obligera à observer un régime beaucoup mieux adapté à sa personnalité pathologique.

Si le traitement hygiénique arrive à temps, ces malades pourront s'améliorer très rapidement, et ils guériront de façon parallèle leurs poumons et leurs accidents de basedowisme. Comme nous avons vu qu'il était rare de rencontrer en même temps la tuberculose et le goître exophtalmique chez un même sujet, ce sont des signes frustes de basedowisme que l'on aura la plupart du temps à constater, et la

guérison sera, de ce fait, beaucoup plus facile. On aura ainsi, comme le disait Sabourin, des petits basedowiens en « puissance », tuberculeux torpides qui vivent fort convenablement sans qu'on puisse se douter par leur habitus extérieur qu'ils sont atteints d'une double affection, tuberculose et petit hyperfonctionnement thyroïdien.

L'aphorisme « il n'y a pas de maladie, il y a des malades » s'applique plus que jamais dans le cas présent.

Nous avons également recherché le tremblement. C'est un symptôme constant du basedowisme; c'est plutôt un mouvement vibratoire qui fait osciller la main entière étendue, et non plus simplement les doigts qui tremblent.

La tête et la partie supérieure du cou peuvent parfois être secouées d'oscillations légères dans la maladie de Basedow vraie. Le tremblement existe quelquefois aussi chez les tuberculeux, mais nous ne croyons pas qu'il faille attacher une grosse valeur à ce signe si on le trouve solitaire chez un malade. Chez les hommes l'influence de l'alcool, chez les femmes une nervosité toujours excessive à cette période de début de la maladie suffisent à le provoquer. Ce signe complète un diagnostic hésitant, mais n'est pas suffisant pour le faire poser.

Les troubles du caractère sont plus importants. D'une façon générale, lorsque l'on interroge une personne de l'entourage d'un basedowien vrai, on apprend que celui-ci, autrefois calme, aimable et d'humeur égale, est devenu irritable, acariâtre et coléreux. Les femmes avouent qu'elles sont beaucoup plus nerveuses, qu'elles pleurent plus facilement, et les hommes qu'ils sont violents, emportés et souvent aussi taciturnes et misanthropes.

Le tuberculeux peut présenter également ces modifications du caractère. On peut évidemment les rattacher à la préoccupation ou à la peur. Mais il nous semble que les malades atteints d'autres affections sans doute moins graves, mal de Bright, par exemple, n'avaient pas un pareil état d'esprit et que de plus, c'était chez les sujets où les signes de basedowisme fruste étaient les plus perceptibles,

que l'on trouvait les modifications du caractère les plus prononcées.

Ceci au début de l'affection, ce qui est en accord avec notre idée de l'hyperthyroïdie, première réaction de la glande au cours de l'infection bacillaire.

Aux stades suivants, au moment où la glande s'atrophie, on constate de la somnolence, de l'apathie et finalement de l'euphorie.

Il est peut-être un peu excessif de parler déjà de myxœdème.

Goitre, exophtalmie, tachycardie, tremblement, constituent le quadrigé basedowien.

L'amaigrissement, les troubles gastro-intestinaux, les troubles vaso-moteurs et sécrétoires, les troubles nerveux, la dyspnée *sine materia*, les signes oculaires, les troubles de la pigmentation sont des symptômes accessoires que l'on trouve d'ailleurs avec une égale fréquence chez le basedowien fruste et chez le bacillaire, mais qui ne sont pas symptomatiques à eux seuls d'un état spécial. Nous les avons donc laissés un peu dans l'ombre pour ne parler que des principaux, les seuls qui aient une valeur pour notre thèse.

En résumé, nous pouvons dire qu'il existe réellement des tuberculeux basedowiens.

Mais il ne nous est pas permis d'affirmer que cette hypertrophie est d'essence bacillaire et qu'elle n'existait pas auparavant à l'état de vie ralentie chez ces malades.

Pour être sûr d'autre part que le malade est basedowien, il faudrait faire diverses épreuves physiologiques. Le métabolisme local a, dans les troubles thyroïdiens sa plus grande valeur. Les auteurs américains et français ont constaté que les échanges respiratoires étaient nettement augmentés dans le basedowisme. Il faudrait donc que l'on puisse mesurer ces échanges sur des sujets supposés hyperthyroïdiens et nous regrettons de n'avoir pu pratiquer ces expériences qui nécessitent un outillage spécial, chez les malades dont nous avons parlé plus haut.

CHAPITRE V

L'hypothyroïdie bénigne du Tuberculeux.

Nous avons dans un précédent chapitre rapporté ce que nous avons constaté en palpant les corps thyroïdes d'une série de tuberculeux et nous avons admis en définitive qu'il devait exister à la fin de la bacillose une atrophie de la glande, d'origine scléreuse. C'était l'opinion de Morin en 1906, et Girard, en 1908, la vérifia sur les tables d'autopsie.

Nous avons également noté que l'on ne trouvait pas dans les salles de tuberculeux de sujets atteints de goître parenchymateux simple, et signalé que, d'après les renseignements qu'on avait pu nous communiquer, dans les pays à goître, les goîtreux deviennent rarement phthisiques.

Mais le myxœdème et le goître exophtalmique ne sont pas les seuls syndromes thyroïdiens, et de même qu'il existe une hyperthyroïdie fruste il y a également à l'autre pôle une hypothyroïdie bénigne.

Nous avons étudié au chapitre IV le basedowisme fruste et signalé qu'on le rencontrait assez fréquemment chez les bacillaires. Il nous reste maintenant à envisager l'état opposé et à rechercher si l'on rencontre chez ces malades les signes susceptibles de révéler un mauvais fonctionnement de la glande, cette fois dans le sens de l'hypothyroïdie.

Cette division est, croyons-nous d'ailleurs, un peu trop nettement tranchée, et le plus souvent, il serait préférable de parler chez les tuberculeux de déséquilibre thyroïdien, de dysthyroïdie, mais pour la compréhension de la question

il nous a paru rationnel d'étudier les deux états opposés, en notant toutefois dans nos observations indifféremment les signes des deux ordres.

Avant d'aborder l'étude des signes cliniques, on peut essayer de donner une explication à ce trouble de fonctionnement de la glande.

Nous croyons, pour notre part, que la glande thyroïde subit une première atteinte au moment de l'invasion bacillaire : aussitôt elle réagit et elle lutte contre l'accumulation dans le sang de produits toxiques de tout ordre, soit d'origine directement microbienne, soit produits de déchets issus des combustions multiples qui ont lieu dans l'organisme infecté. Elle sécrète alors des antitoxines, et elle tend à éliminer dans la mesure du possible les éléments nuisibles. Mais à la longue, le corps thyroïde se fatigue, l'infection bacillaire est tenace, très difficilement vaincue, et c'est l'organe qui succombe, dégénère et s'atrophie.

Ceci est un schéma général. Nous allons voir dans la suite que, pris au pied de la lettre, il est excessif. Tous les tuberculeux ne sont pas des myxœdémateux à la période terminale de leur affection, mais il est incontestable que chez de nombreux malades, l'on peut trouver à un degré plus ou moins accentué de déchéance glandulaire se traduisant par des signes d'hypothyroïdie.

La forme atténuée de l'insuffisance thyroïdienne a été décrite pour la première fois par Thibierge, qui lui donna le nom de myxœdème fruste. Plus tard, Hertogne reprit cette étude et parla d'hypothyroïdie bénigne chronique, mais Léopold Lévi et H. de Rothschild ont surtout mis au point la question et ont publié une série d'ouvrages dans lesquels ils mettent en lumière de nombreux petits signes traduisant l'instabilité thyroïdienne.

Les plus intéressants sont les suivants : la perte des cheveux, la chute des poils, les modifications du côté de la peau et des ongles, le signe du sourcil, la frilosité, les œdèmes transitoires, le faciès en « demi-lune », les troubles vaso-

moteurs, les modifications du caractère, la fatigue matinale, la céphalée, l'anorexie, les troubles intestinaux.

Nous avons dans les salles examiné les bacillaires dont la maladie était assez avancée dans son évolution, qui avaient atteint notamment les stades 2 et 3, et nous avons recherché chez eux les différents symptômes que les auteurs ont indiqués. Les observations qui suivent sont celles qui nous ont paru le mieux rentrer dans le cadre de notre étude. Nous verrons ensuite quel est en résumé la fréquence du syndrome d'hypothyroïdie chez le bacillaire.

OBSERVATION VII (Inédite).

M... Eugénie, 44 ans, ménagère.

Entre à l'hôpital au début d'octobre 1924. Malade depuis six mois environ, elle était soignée chez elle. Elle eut dans les premiers jours de mai une bronchite sérieuse dont elle ne s'est jamais remise. Elle tousse beaucoup, elle crache abondamment, et elle eut à différentes reprises des hémoptysies dont l'une fut assez importante.

Les antécédents héréditaires n'offrent rien de particulier. Ariégeoise, pas de goitreux dans sa famille. Mariée, le mari et deux enfants sont en bonne santé.

Pas de maladies antérieurement. Elle n'est plus réglée depuis deux ans.

Ce qui frappe lorsqu'on regarde la malade, c'est la teinte très particulière de son visage. Sa peau est blafarde avec à peine une teinte rosée au niveau des pommettes. De plus, c'est une peau sèche, mal irriguée, semble-t-il, et l'ensemble frappe d'autant plus que cette femme a conservé un état général assez satisfaisant.

Au niveau des bras et des jambes sa peau s'enlève en petites

pellicules jaunâtres semblables à des écailles de poisson. La malade a remarqué cette variation dans la constitution de son épiderme et prétend qu'il y a environ deux mois que sa peau est ainsi écailleuse. Le reste du corps a une couleur blanchâtre, mais ne présente pas cet état spécial que l'on trouve au niveau des bras et des jambes.

Rien du côté des muqueuses. On est frappé aussi lorsqu'on regarde ses cheveux par des clairières qui s'y dessinent.

Quand on l'interroge, elle dit qu'elle a perdu ses cheveux très abondamment dans le début de sa maladie et surtout au niveau du front qui est totalement dégarni et sur le sommet du crâne où l'alopecie est moins importante.

Cette chute de cheveux inquiétait le mari de la malade à tel point qu'il les lui a coupés, croyant à une atteinte de pelade. Les cheveux ont blanchi depuis peu de temps; ils sont devenus ratatinés, cassants, secs.

Au niveau des aisselles, du pubis, les poils sont tombés en assez grande abondance et encore maintenant, la malade en trouve une assez grande quantité dans son lit.

Le signe du sourcil est positif. La malade a remarqué que ses sourcils étaient moins fournis et s'arrêtaient beaucoup plus loin des tempes qu'auparavant. Nous avons examiné une photographie, et nous avons constaté que la partie externe des sourcils normalement développée il y a environ un an, n'existait pour ainsi dire plus, aussi bien à droite qu'à gauche. Les ongles sont également touchés : à gauche on voit des stries, un amincissement que l'on ne retrouve pas à droite.

La malade a perdu ses dents depuis longtemps, et porte un râtelier.

Elle a perpétuellement froid, surtout aux pieds qui ont une teinte livide.

Elle était frileuse avant d'être malade, mais sa frilosité a beaucoup augmenté depuis quelque temps. Elle recherche les tricots, les couvertures, les bouillottes, hésite à se découvrir pour l'examen et dit que souvent des frissons la parcourent du sommet du crâne au bas du dos. Elle a eu de temps en temps

des œdèmes qui n'ont pas persisté, siégeant au niveau des malléoles et une ou deux fois elle prétend que ses paupières étaient bouffies au réveil. Elle n'a jamais eu d'albumine dans ses urines.

Elle est assez somnolente, elle répond d'une voix éteinte aux questions qu'on lui pose. Elle a un caractère triste, sa mémoire est diminuée, choses qui n'existaient pas avant le début de sa maladie.

Elle n'accuse pas de céphalée, pas d'éternuements répétés.

Elle a eu des palpitations, son pouls est, à l'heure actuelle, à 100. Les bruits du cœur sont normaux.

Anorexie, constipation.

Du côté pulmonaire, pas de dyspuée, pas de sensation d'étouffement; lésions bilatérales, petite cavité à droite. Examen des crachats positif.

Le corps thyroïde n'est pas palpable. La région n'est pas en effet très amaigrie.

OBSERVATION VIII

G... Louis-Edouard, 30 ans, employé de commerce.

Ce malade est revenu déprimé, fatigué de trois ans de captivité en Allemagne. Il tousse depuis très longtemps, mais le début réel de sa maladie est du mois de juin 1924. A cette date il prit froid, s'alita, fit venir un médecin, et, comme son état n'était pas brillant, fut envoyé à l'hôpital où à l'examen on découvrit des bacilles dans ses crachats. Examen au début d'octobre 1924.

Teint jaune terreuse, yeux brillants, paupières cernées, même légèrement bouffies. La peau des avant-bras est écailleuse, la peau du corps, autrefois fréquemment humide de sueurs, principalement la nuit, est depuis deux mois sèche et comme parcheminée.

Cet homme a perdu ses cheveux en abondance et on voit au

niveau de sa moustache quelques espaces libres qui semblent pelés. Aux aisselles et au pubis, il ne peut nous dire s'il y a eu chute de poils. Son sourcil s'est effiloché et, à la partie externe, il n'existe même plus à droite et à gauche. Nous avons vérifié ce signe à l'aide d'une photographie prise au mois d'avril 1924. La coloration des cheveux n'a pas changé, le malade prétend qu'ils sont plus secs qu'auparavant.

Le malade qui n'était pas frileux avant le début de son affection redoute maintenant le froid et il voit arriver l'hiver avec appréhension. Il est sujet aux frissons et ses pieds sont constamment glacés.

Il n'y a pas eu d'œdème malléolaire, il n'a pas le facies en « demi-lune » myxœdémateux.

Au point de vue du caractère, c'est un homme triste et inquiet. Sa mémoire n'est pas diminuée, il répond bien aux questions qu'on lui pose. Il n'a pas de troubles génésiques. Il accuse de la fatigue, surtout matinale, et il dort assez mal.

Il n'a jamais eu de palpitations; son pouls bat à 80, les bruits du cœur sont bien frappés.

Du côté de l'appareil respiratoire, pas de dyspnée, pas d'étouffement, lésions des deux sommets; examen des crachats positif.

Anorexie, diarrhée alternant avec de la constipation.

Rien du côté de l'appareil urinaire.

Au mois de juin, le malade a eu un gonflement douloureux du côté de son corps thyroïde, il a été gêné pour avaler pendant quelques jours, puis tout est rentré dans l'ordre sans traitement. A l'heure actuelle, son corps thyroïde que l'on arrive à palper à cause de l'amaigrissement de la région est diminué de volume.

Ce malade a perdu son père et sa mère morts bacillaires, sa femme est morte il y a trois mois également de la bacillose. Une fillette est en assez bonne santé.

OBSERVATION IX. Inédite.

Ma... Marguerite, 17 ans. Domestique.

Entrée à l'hôpital en septembre parce qu'elle tousse, qu'elle maigrit, qu'elle n'a plus d'appétit. Elle eut à cette époque un rhume et de la laryngite.

Rien du côté des ascendants. Un père, une sœur en bonne santé. Ariégeoise, sa mère avait un goître.

Antécédents morbides, tousses presque tous les hivers. Congestion pulmonaire en 1922.

Visage pâle, yeux brillants, paupières légèrement bouffies. La peau n'est pas écailleuse, sueurs nocturnes abondantes.

Depuis le début de sa maladie, les cheveux sont tombés en assez grande abondance. Les poils des aisselles et du pubis ne sont pas tombés. Rien du côté des sourcils.

Elle était frileuse avant d'être malade, mais sa frilosité a beaucoup augmenté depuis quelque temps, et elle est couverte de vêtements chauds, ce qui est peu en rapport avec la température ambiante. Elle n'a jamais eu d'œdème des jambes. Elle souffre assez souvent de la tête.

Les variations de son caractère sont difficiles à noter. Elle est cependant somnolente et toujours triste.

Elle accuse des palpitations au début de sa maladie. Le pouls est rapide, vraisemblablement en rapport avec une température élevée. Les bruits du cœur sont un peu sourds. Lésions apicales nettes au poumon droit. Examen des crachats positif.

Anorexie. Ni constipation ni diarrhée. Rien du côté de l'appareil génito-urinaire.

La palpation du corps thyroïde ne donne pas de résultat.

OBSERVATION X. Inédite.

J... Louise, 31 ans, femme de chambre.

Malade depuis un an environ. Elle eut à cette époque une bronchite assez grave et cracha du sang à deux ou trois reprises. Entre à l'hôpital au début d'octobre.

Antécédents héréditaires néant.

Grippe en 1918. Rhumes fréquents l'hiver.

Teint pâle et aspect fatigué. Pas de modification de la peau au point de vue de sa constitution. Mais les mains sont bleu-tées, froides, et la malade dit qu'elle a souvent des engelures. Les pieds ont une teinte analogue; elle a quelquefois de l'œdème siégeant aux malléoles et qui disparaît du soir au lendemain.

Elle a perdu ses cheveux abondamment, et du côté de son pubis il y a eu aussi chute de poils. Signe du sourcil négatif.

Rien du côté des ongles. Rien du côté des dents.

Frilosité qui s'est exagérée depuis le début de sa maladie, frissons fréquents.

Pas de modification du caractère.

Sujette aux migraines depuis fort longtemps, elle n'a pas remarqué une augmentation de ses céphalées depuis qu'elle est malade.

Pas de palpitations, bruits du cœur normaux. Pouls à 70.

Rien du côté des appareils génito-urinaires et digestifs.

Rien du côté du corps thyroïde.

C'est une cavitaire droite. Examen des crachats positif. Amaigrissement assez considérable.

OBSERVATION XI. Inédite.

Ma... Françoise, 23 ans, couturière.

Elle est à l'hôpital depuis le mois de mai 1924. Entrée pour bronchite et hémoptysie. Elle toussait depuis longtemps et avait fait un premier séjour à l'hôpital de janvier à mars.

Père mort bacillaire. Mère morte d'une crise cardiaque. Elle avait un goître. Elle n'avait jamais eu un rhume affirme la malade. Un frère mort à la guerre.

Originaire de l'Ariège, où elle a habité longtemps.

Son mari, réformé de guerre, est tuberculeux. Deux enfants en bonne santé.

Teint pâle, mais non terreux. Yeux brillants. Pas de bouffissure des paupières. Peau partout normale.

Sueurs très abondantes encore maintenant, et particulièrement odorantes.

Elle a perdu beaucoup de cheveux depuis le début de sa maladie. Mais il n'y a rien à signaler du côté des poils, des ongles et des dents. Signe du sourcil négatif.

Frilosité très accusée. Elle redoute le froid et même l'été, a constamment les pieds gelés. On ne remarque cependant pas à leur niveau de troubles vaso-moteurs.

Elle n'a jamais eu d'œdème.

Pas de céphalée, pas de bouffissure de la face.

Son caractère a changé. Elle est devenue, depuis qu'elle est malade, nerveuse, irritable; cependant maintenant elle est résigné et sans volonté.

Elle n'a jamais eu de palpitations. Le pouls est régulier, les bruits du cœur sont normaux.

Lésions pulmonaires à droite.

Examen des crachats positif.

Le corps thyroïde est aisément palpable, la région est en effet très excavée et on saisit bien les lobes latéraux.

Anorexie, pas de diarrhée, pas de constipation. Rien du côté de l'appareil génito-urinaire.

OBSERVATION XII. Inédite.

L... Constantine, 28 ans. Vendeuse dans une pâtisserie.

Entre au début de novembre à l'hôpital. Elle est malade depuis environ un an. Elle a eu en octobre 1923 une bronchite sévère et a craché un peu le sang à différentes reprises. Elle vient de passer quatre mois à la campagne, mais elle ne revient pas améliorée.

Père mort cardiaque. Mère en excellente santé. Aucune maladie antérieure. Célibataire. Pas d'antécédents goitreux.

Teint jaune, paupières légèrement bouffies. Pas de modification du côté de la peau.

Perte de cheveux nette. En outre, les cheveux sont devenus plus secs et plus cassants. Chute de poils assez marquée au pubis.

Rien du côté des ongles et des dents. Pas de signe du sourcil.

Très sensible au froid depuis le début de sa maladie. Pas de changement dans la coloration des pieds et des mains. Sueurs abondantes surtout la nuit. Pas d'œdème transitoire, pas de bouffissure de la face.

Pas de modification du caractère.

Elle a eu des palpitations, le pouls était rapide au début de la maladie. Il est à 80 maintenant.

Lésion pulmonaire à gauche. Examen des crachats positif. Pas de dyspnée ni d'étouffement.

Appétit conservé. Elle a assez fréquemment de la diarrhée.

Rien du côté de l'appareil génito-urinaire. La palpation du corps thyroïde n'est pas possible.

OBSERVATION XIII. Inédite.

G... Louis, 27 ans, chaudronnier.

C'est un gazé de guerre. Il est malade depuis 1917. Il tousse tous les hivers, mais il crache peu et n'a jamais eu d'hémoptysies. Père et mère vivants. Un frère et deux sœurs en bonne santé.

Marseillais. Pas de goître dans sa famille.

Le teint est normal. La peau est sèche au niveau des bras et des jambes, mais elle n'est pas écailleuse. Perte des cheveux assez importante. Rien du côté de la moustache, des sourcils ou des poils. Signe du sourcil négatif.

Rien aux ongles ni aux dents.

Il est devenu très frileux depuis qu'il est malade, mais il ne présente pas d'acrocyanose ou de lividité particulière de ces extrémités. Pas d'œdème transitoire, pas de bouffissure de la face. Sueurs nocturnes assez abondantes.

Pas de céphalée ni de migraine. Son caractère n'a pas changé. Il est naturellement calme.

Il a eu des crises de palpitations et de la tachycardie. A l'heure actuelle on ne trouve plus rien de tout cela, les bruits du cœur sont normaux, bien frappés, le pouls est régulier, 60 pulsations à la minute.

Du côté pulmonaire, lésion à droite. Examen des crachats positif.

Il n'a pas d'appétit. Ni constipation ni diarrhée.

Rien du côté de l'appareil génito-urinaire.

La glande thyroïde n'est pas palpable.

OBSERVATION XIV. Inédite.

M... Aimée, 57 ans, ménagère.

Début de la maladie actuelle il y a un mois. Bronchite, étourdissements, vomissements.

Mais elle tousse depuis fort longtemps et a eu autrefois une hémoptysie.

Père et mère morts très âgés. Pas de maladies antérieures. Elle n'est pas mariée. Pas de goître dans sa famille.

Teint normalement coloré. Les paupières ne sont pas bouffies. Peau légèrement écailleuse, mais c'est une femme âgée. Abondante perte de cheveux depuis le début de sa maladie. Rien du côté des poils, des ongles, des dents.

Signe du sourcil négatif.

Frilosité accentuée depuis qu'elle est malade. Frissons dans le dos fréquents. Pieds toujours froids.

Pas de troubles vaso-moteurs, pas d'œdème transitoire.

Le caractère n'a pas varié; cependant, la malade dit qu'elle est devenue plus douce.

Bruits du cœur bien frappés. Le deuxième est même clangoreux. Pouls régulier. Lésion pulmonaire assez discrète : forme fibreuse vraisemblable. La malade se défend bien. L'examen des crachats est positif.

Rien du côté des appareils digestif et génito-urinaire.

Le corps thyroïde n'est pas palpable.

OBSERVATION XV. Inédite.

G... Louise, 16 ans et demi. Sans profession.

Le début de la maladie remonte au mois de juin. La malade a d'abord souffert de l'estomac, puis s'est mise à tousser, à cra-

cher abondamment, mais n'a jamais eu d'hémoptysie.

Père, mère, deux sœurs en bonne santé.

Pleurésie, il y a environ un an.

Rien de particulier du côté de la face. Yeux brillants, vifs, paupières un peu rouges et gonflées. La peau est normale. Légère perte des cheveux, qui sont secs et cassants. Rien du côté des poils, des ongles et des dents. Signe du sourcil négatif.

Pas de frilosité, pas de troubles vaso-moteurs, pas d'œdème des jambes.

Caractère égal.

Légère tachycardie. Un peu de tremblement des mains. Bruits du cœur assez sourds. Pouls 100.

Lésion pulmonaire à droite et au sommet.

Examen des crachats positif.

Anorexie; pas de diarrhée.

Rien du côté de l'appareil génito-urinaire.

On ne peut palper le corps thyroïde.

OBSERVATION XVI.

M... Gabrielle, 65 ans. Ménagère.

Entrée à l'hôpital il y a un mois et demi pour entérite. Elle tousse depuis très longtemps, et a craché du sang en 1917.

Père mort bacillaire. Mère morte urémique. Ni frère ni sœur. Pas de goitreux dans la famille.

Mari mort accidentellement. Deux enfants en bonne santé.

Elle a eu une pneumonie à 30 ans.

Le teint est jaunâtre, la peau ridée et sèche, mais non écaillueuse. Pas d'œdème palpébral.

Les cheveux tombent abondamment depuis environ trois mois. Rien du côté des poils, des ongles ou des dents. Signe du sourcil négatif.

Frilosité prononcée : « les pieds sont toujours comme du

marbre » dit la malade. Ils ne sont d'ailleurs pas cyanotiques.

Pas de modification du caractère.

Pas de palpitations, pas de tachycardie. Bruits du cœur bien frappés. Pouls à 70.

Du côté des poumons, lésion cavitaire à droite. Examen des crachats positif.

Anorexie, diarrhée persistante.

Rien du côté de l'appareil génito-urinaire.

Le corps thyroïde n'est pas palpable.

Il nous a paru intéressant de reprendre les différents symptômes que nous avons placés à dessein au début de nos observations et de les étudier d'une manière un peu plus détaillée.

La perte des cheveux est un signe que l'on retrouve d'une manière excessivement fréquente chez les bacillaires. Chez beaucoup, cette alopecie a débuté en même temps que la maladie, chez certains le point de départ est moins net. Mais tous affirment que la chute s'est accru depuis qu'ils sont malades. D'autres tuberculeux gardent intacte leur chevelure et nous avons pu signaler le cas d'une malade qui avait vu au contraire son système pileux se renforcer. Cela d'ailleurs n'est pas fait pour nous surprendre, puisque cette malade était manifestement hyperthyroïdienne.

On ne peut attribuer uniquement à la tuberculose cette tendance à la perte des cheveux, car dans certaines maladies infectieuses, comme la scarlatine et la fièvre typhoïde il n'est pas rare de la constater. En outre, un grand nombre de sujets très bien portants cependant ont une calvitie complète.

Mais ces remarques ne nous empêchent pas de ranger ces troubles parmi les manifestations du mauvais fonctionnement de la glande thyroïde. Les maladies infectieuses ont fréquemment une action évidente sur la glande et le signe de Vincent est la traduction de cette influence nocive. Or, comme nous allons le voir, le système pileux est sous la dé-

pendance complète du corps thyroïde et la souffrance de cet organe doit se répercuter nécessairement sur les fonctions qu'il dirige.

Ce qui est plus certain, c'est le rapport existant entre la glande thyroïde, les poils, les cheveux et les ongles : Il a été mis en lumière par les expériences et les constatations d'Armand Gautier. Cet auteur avait observé que chez les femmes malades auxquelles il donnait de l'arsenic sous une forme quelconque, on assistait à une pousse abondante de cheveux, à des modifications importantes du côté de la peau qui devenait plus souple, moins sèche et moins pigmentée.

Or, il a démontré que la glande thyroïde, qui contient à l'état normal de l'iode et de l'arsenic, excrète par les poils, les cheveux et les ongles ces deux éléments qu'elle a d'abord emmagasinés, assimilés après les avoir retirés de l'alimentation ou de l'air inspiré.

Les règles ont aussi leur importance dans la question. Armand Gautier a, en effet, montré qu'il y a un balancement qui s'opère dans l'élimination de l'arsenic chez la femme par les menstrues ou par la peau et les phanères.

Comme preuve, il cite les exemples de femmes qui, s'étant fait couper les cheveux à l'époque de leurs règles, furent très sérieusement fatiguées, présentant comme une espèce d'intoxication. Il y avait vraisemblablement, chez elles, un excès d'arsenic qui ne pouvait s'éliminer entièrement par la seule issue qui restait.

Il serait intéressant de reprendre ces observations aujourd'hui que la mode actuelle décide tant de femmes à sacrifier leur chevelure, car elles en pourraient tirer le conseil d'éviter de les faire couper à certaines époques.

D'après cet auteur, chez le tuberculeux la glande thyroïde qui est touchée emmagasine moins correctement des réserves d'arsenic ou l'élimine moins bien. Il n'est donc pas étonnant de rencontrer chez eux des altérations du côté de la peau ou de ses annexes. Il y a d'ailleurs longtemps que

les cliniciens ont remarqué cette déficience des bacillaires en arsenic puisque les injections de cacodylate de soude, l'arrhéнал, la liqueur de Fowler sont fréquemment employés en thérapeutique tuberculeuse. On relève ainsi l'état général du malade, on favorise la marche de ses différentes fonctions organiques, on aide le métabolisme de tous les éléments nécessaires à l'organisme, et le système pileux profite également de cette médication. Mais la banalité de ce symptôme perdu dans un complexe troublant est telle qu'il n'intéresse guère que le malade agréablement surpris de voir ses cheveux arrêtés dans leur chute, ou reprenant même une vigueur nouvelle.

Ce que nous venons de dire pour les cheveux peut se répéter d'une façon absolument semblable pour les poils axillaires ou pubiens. Nous nous sommes étendus sur le système capillaire, parce que c'est à son niveau que les modifications sont les plus visibles.

Le signe du sourcil est plus difficile à retrouver parce qu'il est rarement net et que les malades n'y prêtent que peu d'attention.

Dans la centaine de tuberculeux que nous avons observés, deux seulement présentaient ce signe d'une façon assez évidente pour que nous puissions le signaler. Nous avons demandé à ces malades de nous montrer des photographies récentes. Nous les avons soigneusement examinées en nous aidant même d'une loupe, et après avoir rapproché du malade sa photographie nous avons pu conclure à un signe du sourcil positif. Cependant pour Léopold Lévi et H. de Rothschild ce signe a une réelle valeur. Il correspondrait à l'évolution de la kératose pileuse dont les dermatologistes reconnaissent d'ailleurs l'existence sur un terrain de strume, terrains qui sont souvent des terrains d'hypothyroïdie. Or ce signe ne doit exister chez les bacillaires qu'à la période terminale ou tout au moins chez les chroniques. Chez les prédisposés, chez les phthisiques à indice un, il y a souvent, au contraire, un développement excessif des cils

et des sourcils parce qu'on trouve fréquemment chez eux le syndrome basedowien fruste.

Les modifications du côté des ongles et de la peau sont beaucoup moins nettement diagnosticables. A partir de la cinquantaine, et quelquefois plus tôt, la peau qui n'a plus la vitalité juvénile, tend à subir des transformations. Ces dernières sont souvent légères et les sujets ne s'en aperçoivent même pas.

Mais il n'est pas rare de voir chez les gens âgés l'épiderme desquamier en pellicules analogues aux écailles de poisson. Parmi les malades que nous avons examinés, le seul qui avait nettement ce signe était une femme de 43 ans. Les malades jeunes ne le présentaient jamais. Il faut dire toutefois que cette femme avait un ensemble de signes suffisants pour que nous la rattachions à la série hypothyroïdienne et que nous voyions dans cette desquamation un trouble de la fonction endocrinienne.

Les ongles des myxœdémateux sont amincis, striés et cassants. Chez le bacillaire, il est très rare de trouver ces particularités, mais fréquemment ces malades ont ce que l'on a désigné sous le nom d' « ongle hypocratique ». Les rapports qui existent entre la glande thyroïde et les différents phanères nous autorisent à nous demander si ce n'est pas encore une manifestation d'un mauvais état glandulaire.

La frilosité se rencontre chez les tuberculeux dans 60 à 70 % des cas. C'est en particulier le froid aux pieds qu'accusent ces malades. Ils ont constamment besoin de bouillottes, et d'une façon générale, ils supportent un nombre imposant de couvertures et de tricot même pendant la saison chaude.

Dans le myxœdème ou l'insuffisance thyroïdienne fruste, on signale en outre des frissons qui parcourent de temps en temps le dos des malades, une teinte livide ou de la cyanose des mains. Ce sont là des troubles de la vaso-motricité qui peuvent se trouver aussi chez le bacillaire, mais dont la

fréquence est beaucoup moins grande que la sensation pénible de froid. Bien des malades disent d'ailleurs qu'ils étaient frileux avant d'être atteints par la tuberculose, mais que leur frilosité a augmenté depuis dans des proportions assez considérables pour qu'ils puissent facilement s'en rendre compte.

Le mixœdémateux est représenté comme un être somnolent, triste, indifférent à ce qui se passe autour de lui. C'est réellement un amoindri, presque un « crétin ». Chez l'insuffisant thyroïdien, ces modifications du caractère apparaissent à un degré moindre. Nous les avons recherchées chez les tuberculeux pour essayer de constituer chez quelques-uns un tableau aussi complet que possible de l'hypothyroïdie surajoutée à la bacillose.

Il est incontestable que le moral des tuberculeux subit le plus souvent des variations intéressantes. Le caractère de ces malades décrit une courbe qui de la normale tend au début vers une période d'excitation avec phénomènes de colère sans causes, d'irritabilité et d'impulsivité poussées assez loin, puis descend, en passant par un stade de somnolence, d'indifférence et d'ennui, vers l'euphorie, état au-dessous de la normale, qui est celui que l'on trouve très fréquemment à la période terminale de la maladie.

On a décrit en outre chez le myxœdémateux une asthénie assez particulière surtout matinale et disparaissant dans le courant de l'après-midi. Ce n'est pas une fatigue à proprement parler, mais plutôt un manque de volonté et de décision qui empêche le sujet de faire le moindre mouvement. Chez le tuberculeux, au contraire, à n'importe quelle période de la maladie, l'asthénie est intense, elle persiste toute la journée, mais c'est au contraire au réveil, au moment où la fièvre est la moins forte, que le malade se sent le mieux. De plus, on peut ici parler de fatigue véritable qu'aggrave l'anorexie et on connaît les difficultés que l'on éprouve à vaincre cette asthénie qui empêche le malade de profiter de la thérapeutique employée normalement en pareil cas.

Il faut ici plutôt se demander si on n'est pas en présence d'un trouble d'origine surrénal. On sait, en effet, que l'un des principaux symptômes de la maladie d'Addison est un état de fatigue très spécial, constant, intense, annihilant complètement la volonté du malade qui est devenu une véritable loque. Chez le myxœdémateux ou l'insuffisant thyroïdien, la fatigue est surtout matinale et elle est moins prononcée. Nous venons de dire que chez le tuberculeux, on ne trouvait pas ces variations dans le degré d'asthénie au cours de la journée. Le bacillaire éprouve une sensation de fatigue constante.

Si chez un sujet, à côté de ce tempérament mou, indolent, presque aboulique, on trouve des œdèmes à caractère transitoire siégeant de préférence à la face, aux paupières ou aux extrémités, partiels, indolents et blancs, qui font penser comme le disaient Léopold Lévi et H. de Rothschild « à l'albumine, à la fluxion dentaire ou à un érysipèle atténué », si au moment des règles on a chez la femme du gonflement des cordes vocales ou de l'obstruction des fosses nasales, on pourra conclure que l'on se trouve en présence de phénomènes de l'hypothyroïdie. Mais le plus souvent on ne rencontre pas un tableau clinique aussi saisissant et pour notre part nous n'avons jamais trouvé de tuberculeux réalisant ce schéma d'ensemble.

Enfin, il y a une répercussion des troubles de la thyroïde sur le système digestif.

L'anorexie signalée chez le myxœdémateux est très fréquente chez le bacillaire. Elle est précoce, et c'est un des plus dangereux écueils contre lesquels vient buter l'effort de la thérapeutique.

Ces sujets qui devraient prendre une nourriture substantielle et complète, éprouvent un dégoût difficile à surmonter pour tout ce qu'on veut leur faire manger. Si ces troubles de l'appétit dépendent seulement d'un mauvais fonctionnement endocrinien, on est en droit de se demander s'il ne faudrait pas appliquer une médication symptomatique

et associer par exemple l'opothérapie thyroïdienne et la liqueur de Fowler à doses infinitésimales.

L'arsenic, puissant correcteur des fonctions organiques en général et aliment de réserve de la thyroïde, doit améliorer notablement le sort des bacillaires.

Quant aux phénomènes intestinaux, diarrhée en particulier, que l'on rencontre chez les insuffisants thyroïdiens et qui affectent aussi les tuberculeux, il est plus simple, chez ces derniers malades, de leur attribuer une pathogénie différente. Les crachats déglutis, l'exaltation de la virulence des germes normaux de l'intestin sont la cause de cette entérite rebelle à la médication.

Le rôle de la thyroïde s'efface devant cette explication qui semble plus conforme aux règles de la pathologie générale, et nous n'avons pas tenu grand compte, au cours de notre étude de ce symptôme qui nous paraissait un peu secondaire.

En résumé, doit-on conclure à l'existence de manifestations d'hypothyroïdie chez les tuberculeux? Il est évident que la glande, quoique soustraite, par l'absence de canal excréteur, à toute une série de causes morbides (l'infection ascendante n'est pas à redouter ici) et quoique sa sécrétion peu active, au moins chez l'adulte, ne constitue pas un point d'appel à l'infection, n'a pas une existence indépendante, et qu'elle réagit comme tous les autres organes dans cette infection éminemment chronique et envahissante qu'est la tuberculose.

On aurait pu croire, en s'appuyant sur cette idée que le nombre des tuberculeux hypothyroïdiens serait assez considérable. Or, sur les 98 malades que nous avons examinés, une dizaine seulement présentaient des signes assez tangibles d'insuffisance thyroïdienne avec parfois aussi des symptômes qui faisaient penser à de l'hyperthyroïdie fruste. La moyenne est donc assez faible, et il faut croire qu'il entre en ligne de compte une question de terrain, de résistance de la glande à l'infection, peut-être de suppléance

fonctionnelle glandulaire que nous ne pouvons percer à jour. En matière de thyroïde, l'expérimentation n'est pas au point et on doit se contenter le plus souvent de signes cliniques difficiles à interpréter.

Mais en définitive le tuberculeux myxœdémateux existe.

Le traitement de l'hypothyroïdie comporte le séjour à la campagne, la vie au grand air, une alimentation simple, un exercice musculaire léger et une médication minime dans laquelle l'iode occupe la plus large place. C'est presque exactement le genre de vie et de médicaments qu'il faut recommander à un bacillaire. Chez un malade qui aurait des signes nets d'hypothyroïdie, l'opothérapie devrait être essayée. Elle doit donner d'excellents résultats si elle est bien dirigée.

Il importe de rechercher le « seuil de tolérance » de chaque malade à l'égard de la médication. Mais les vomissements, la tachycardie, la céphalalgie, l'agitation sont des signes visibles d'intoxication, de saturation qui, en véritable signal d'alarme, avertissent le médecin qu'il a à réduire ou à stopper complètement cette médication devenue dangereuse.

En résumé, on rencontre rarement chez les tuberculeux un tableau nettement caractérisé d'hyper ou d'hypothyroïdie. On trouve plutôt de la « dysthyroïdie », mélange des différents symptômes des deux états extrêmes. Elle traduit une défaillance de la glande touchée par l'infection. Et si on veut aller plus loin, connaissant les rapports étroits qui unissent entre elles les glandes à sécrétion interne et aussi la force de pénétration de la bacillose, on doit se demander si les symptômes que l'on attribue généralement à une défaillance thyroïdienne, ne sont pas simplement le reflet d'un mauvais fonctionnement général de toutes les glandes closes.

On devrait alors parler d'insuffisance surrénale, de troubles ovariens et hypophysaires d'origine tuberculeuse. On aurait un mauvais état général de toutes les glandes et non

plus seulement un arrêt ou un hyperfonctionnement de l'une d'entre elles.

Il est évident que cette vue d'ensemble convient mieux à l'esprit médical actuel.

CONCLUSIONS

Chapitre I. — Il y a lieu de distinguer la maladie de Basedow vraie et le myxœdème de l'hyperthyroïdie fruste et de l'insuffisance thyroïdienne bénigne, Sabourin, Hertoghe, Léopold Lévi et H. de Rothschild sont les auteurs qui se sont particulièrement occupés de la question.

Chapitre II. — Il existe manifestement une thyroïdite infectieuse. La tuberculose primitive du corps thyroïde est une rareté. Mais les examens histologiques et les épreuves physiologiques ont permis de voir que la glande était fréquemment touchée secondairement au cours de l'infection bacillaire.

Chapitre III. — Le goître et la tuberculose coexistent dans une infime minorité de cas. Chez les tuberculeux chroniques on constate souvent une atrophie de la glande résultat de la sclérose ayant à peu près envahi l'organe. Mais on n'arrive pas néanmoins à un degré de déchéance tel que les malades soient, en fin d'évolution, des myxœdémateux.

Chapitre IV. — Le basedowisme se rencontre assez souvent chez les tuberculeux, et il existe une catégorie de sujets désignés par Sabourin sous le terme d'angioneurotiques qui doivent être envisagés d'une façon particulière au point de vue traitement de la bacillose.

Chapitre V. — Certains symptômes de petite insuffisance thyroïdienne se trouvent couramment chez les bacillaires. Mais il est rare d'avoir un tableau complet de myxœdème fruste à côté d'une tuberculose en évolution.

Au total on doit plutôt conclure chez le tuberculeux à de

la dysthyroïdie. L'hyper et l'hypothyroïdie nettement différenciées sont très rares.

On doit enfin se demander si on n'est pas en présence d'un mauvais fonctionnement général de toutes les glandes closes et non pas seulement en face d'un trouble chez l'une d'entre elles.

Vu : Le Doyen
C. SIGALAS

Vu : bon à imprimer.
Le Président,
Jacques CARLES

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 3 décembre 1924
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD. — *Le syndrome basedowien*. Progrès Médical, 1922, n° 20, 21, 23, 24.
- ACHARD et DESBORIES. — *Fluxion thyroïdienne*. Bull. Soc. Méd. d. Hôpitaux, 24 décembre 1913, p. 1130.
- APERT. — *Dysthyroïdie bénigne chronique*. Bull. Soc. Méd. des Hôp., 1907, p. 528.
- ARMAND GAUTIER. — *Fonction menstruelle et le rut des animaux*, Congrès international de Médecine : section Pathologie générale, 1900.
- *L'arsenic chez les animaux*. Congrès international de Médecine, 1900.
- *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 7 août 1900.
- BÉRARD. — *Corps thyroïde*. — *Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet*, 1908, p. 166.
- BERNARD (M^{lle} Suz.). — *Glande thyroïde et tuberculose*. Thèse de Paris, 1921.
- BERTOYE. — *Thèse de Lyon*, 1888.
- BESANÇON et DE JONG. — *Action de l'iode et des iodures sur le corps thyroïde des cobayes sains et tuberculeux*. Revue de la Tuberculose, 1920, p. 36.
- BOUILLY. — *Tuberculose et tachycardie*. Thèse de Paris, 1906.
- BRETON. — *De la tachycardie chez les tuberculeux pulmonaires*. Journal des Praticiens, 16 décembre 1899.
- BYALLOCURE. — *Basedow. Symptome. Als. zeichen. tuberkuloser Infektion und ihre bedeutung. für diagnose und therapeu der lungensch wind sucht*. Zeitschrift für tuberkulose. B. D. 16-176.
- CLAUDE. — *Maladie de Basedow*. — *Constatations biologiques*. Journal Médical Français, juillet 1920.
- CALMETTE. — *Infection bacillaire et tuberculose chez les hommes et les animaux*. — *Processus d'infection et de défense*.
- COSTA. — *Tuberculose inflammatoire*. — *Goître d'origine tuberculeuse*. Thèse de Lyon, 1905.
- COULAUD. — *Corps thyroïde et tuberculose*. Thèse de Paris, 1922.
- *Le corps thyroïde des tuberculeux*. Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp., décembre 1920, p. 1551.

- *La tuberculose dans une région à goîtres endémiques*. Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp., 14 janvier 1921.
- DIDIER. — *Tuberculose primitive folliculaire de la glande thyroïde*. Thèse de Lyon, 1912-1913.
- DUCASSE. — *La glande thyroïde dans le rhumatisme articulaire aigu*. Thèse de Paris, 1920.
- ELLIOT. — *Hyperthyroidism*. American Journal Medical Sciences, 1907, p. 390.
- GAUTHIER (de Charolles). — *Les médications thyroïdiennes*, 1903.
- GIRAUD. — *Le corps thyroïde des tuberculeux*. Thèse de Paris, 1909.
- GALOTTI. — *L'importanza del signi di Basedow nella diagnosi e nella terapia della tuberculosis pulmonare*. La Réforme Médicale, 10 janvier 1920.
- GLEYS. — *Physiologie*, 1919, 4^e éd., vol. 2, p. 650.
- HAMBURGER. — *Sur les rapports du goître et de la tuberculose*. Fiertel Jahrschrift für die praktische heilkunde, 1853.
- HARROWER. — *The thyroid factor in tuberculosis*. Ann. Méd. Ass. f. 1920, p. 643.
- HERTOGHE. — *Hypothyroïdie bénigne chronique ou myxœdème fruste*. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1899.
- JANET. — *Le métabolisme basal en clinique déterminé par la recherche des échanges respiratoires*. Thèse de Paris, 1922.
- JOFFROY. — *Nature et traitement du goître exophtalmique*. Progrès Médical, 1893, n^{os} 18 et 19.
- LABBÉ-STEVENENS et NEPVEUX. — *Importance de la mesure du métabolisme basal et de l'épreuve d'hyperglycémie provoquée pour le diagnostic de la maladie de Basedow*. Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp., 16 mai 1922.
- LEDoux. — *Tuberculose et goître exophtalmique*. Thèse de Paris, 1913-1914.
- LENORMAND. — *La tuberculose du corps thyroïde*. Rev. Int. de la Tub., Paris, 1912.
- LEREBoulLET. — *Thyroïdie aiguë et tuberculose*. Bull. Soc. Méd. Hôp., 1908, p. 758.
- LEREBoulLET et HARVIER. — *Sympathique et glandes endocrines*. Collection Sergeant.
- LÉOPOLD LÉVI. — *Glandes endocrines et rêves*. Soc. de Biologie, 3 mai 1919.
- *Hyperthermie endocrinienne*. Ibid., 29 mars 1919.
- LÉOPOLD LÉVI et H. DE ROTHCHILD. — *Etude sur la physio-pathologie du corps thyroïde et de l'hypophyse*.
- *Nouvelles études sur la physio-pathologie du corps thyroïde et de l'hypophyse*.
- *Les petits signes de l'insuffisance thyroïdienne*. Gaz. des Hôp., 1907, p. 870.
- LÉPER et OSMONET. — *La graisse dans les corps thyroïdes pathologiques*. Soc. anatomique, 18 décembre 1903.

- LORAND (de Carlsbad). — *Insuffisance thyroïdienne comme facteur étiologique dans la pathogénie de la tuberculose*. Congrès de la Tuberculose, Paris, 1905.
- MACÉ. — *Hyperthyroidism and tuberculosis*. South. calif. pract., 1919, p. 175.
- MARIE. — *Forme fruste de la maladie de Basedow*. Thèse de Paris, 1882.
- MORIN. — *Tuberculose et corps thyroïde*. Presse Méd., 29 septembre 1906.
- PARISOT. — *Pression artérielle et glandes à sécrétion interne*. Journal Méd. Français, 1919.
- PARISOT et CAUSSADE. — *Glycosurie et albuminurie dans les affections de la glande thyroïde*. Journ. Méd. Fran., juillet 1920.
- PÉTROVICH (M¹⁰). — *Le métabolisme basal dans la maladie de Basedow*. Thèse de Paris, 1923.
- POUCET. — *Leçon clinique de l'Hôtel-Dieu*. Lyon.
- PORAK. — *Les syndromes endocriniens*.
- RAMON et BLOCH. — *Tuberculose et goître exophtalmique*. Bull. Soc. Méd. des Hôp., 1908, p. 715.
- ROGER et GARNIER. — *La glande thyroïde dans les maladies infectieuses*. Presse Médicale, 19 avril 1919.
- *Des lésions de la glande thyroïde dans la tuberculose*. Archives générales de Médecine, avril 1900.
- *Les scléroses du corps thyroïde chez les tuberculeux*. C. R. Société Biologique, 30 juillet 1898.
- *Nouveau Traité de Médecine*.
- ROUSSY. — *Etude du métabolisme basal dans la maladie de Basedow*. Paris Médical, 20 octobre 1920.
- SAATHOFF. — *Thiréose und tuberkulose*. Munich Méd. Woch., 1913, p. 230.
- SABOURIN. — *Le petit basedowisme des tuberculeux*. Archives Générales de Médecine, 1914.
- *Les tuberculeux angio-neurotiques*. Journal des Praticiens, 10 octobre 1910.
- SERGEANT. — *Les signes fonctionnels de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte*. Progrès Médical, 1921.
- *Syndrome de Basedow et tuberculose*. Paris Médical, 24 juillet 1920, p. 80.
- SMITH. — *Etude sur l'hyperthyroïdisme*. J. Of. Rhe. Am. Méd. Ass., 13 décembre 1919.
- STANTON. — *The thyroid in tuberculosis*. Am. Méd. X. 1905, p. 605.
- STÉPANOF. — *Thèse de Paris*, 1908.
- TIXIER et SAVY. — *Tuberculose thyroïdienne folliculaire à forme de thyroïdite ligneuse*. Lyon chirurgical, 1923.
- ULLMAN. — *Hyperthyroïdisme et tuberculose*. Thèse de Montpellier, 1910-1911.

- VALÉRY-RADOT. — *Disthyroïdie familiale et héréditaire*. Thèse de Paris, 1921.
- VINAY. — *La tuberculose chez les thyroïdiens*. Lyon Médical, 3 mai 1908,
- VITRY et GIRAUD. — *Corps thyroïde des tuberculeux. Recherches histologiques et cliniques*. Revue de la Tuberculose, août 1909.
- WEITZEL. — *Thyroïdite tuberculeuse*. Bul. Méd., 30 avril 1913, p. 399.
- WUNSCHENDORF. — *Etude du diagnostic entre le syndrome de Basedow et la tuberculose pulmonaire au début*. Thèse de Paris, 1923.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	Pages 11
CHAPITRE I. — HISTORIQUE.....	12
CHAPITRE II. — TUBERCULOSE ET CORPS THYROÏDE.....	14
CHAPITRE III. — GOÏTRE ET TUBERCULOSE.....	18
CHAPITRE IV. — L'HYPERTHYROIDISME FRUSTE DU TUBERCULEUX.....	24
CHAPITRE V. — L'HYPOTHYROIDIE BENIGNE DU TUBERCULEUX..	46
CONCLUSION	68
BIBLIOGRAPHIE	70

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	Page 11
CHAPITRE I -- HISTOIRE	12
CHAPITRE II -- THÉORIE ET ÉLÈMENTS DE LA THÉORIE	14
CHAPITRE III -- ÉLÉMENTS DE LA THÉORIE	16
CHAPITRE IV -- ÉLÉMENTS DE LA THÉORIE	18
CHAPITRE V -- ÉLÉMENTS DE LA THÉORIE	20
CHAPITRE VI -- ÉLÉMENTS DE LA THÉORIE	22
CHAPITRE VII -- ÉLÉMENTS DE LA THÉORIE	24
CHAPITRE VIII -- ÉLÉMENTS DE LA THÉORIE	26
CHAPITRE IX -- ÉLÉMENTS DE LA THÉORIE	28
CHAPITRE X -- ÉLÉMENTS DE LA THÉORIE	30

